

Baromètre hospitalier AIM

État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient en hôpital général : données 2021

Juin 2023

Auteurs : Luk Bruyneel, Wies Kestens, Françoise De Wolf, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Bernard Landtmeters

Colophon

- Sujet :** Dans cette édition du Baromètre hospitalier de l'AIM, nous analysons les tickets modérateurs et les suppléments facturés aux patients pour les séjours dans les hôpitaux généraux et universitaires en 2021.
- Date de publication :** 15 juin 2023
- Rédaction :** Erik Roelants
- Références recommandées :** Bruyneel, Luk; Kestens, Wies; De Wolf, Françoise; Di Zinno, Tonio; Dolphens, Mieke; Landtmeters, Bernard (2023), Baromètre hospitalier IMA Inventaire des montants facturés aux patients pour des séjours en hôpitaux généraux et universitaires, Agence Intermutuelle IMA, Bruxelles.
- Coordonnées :** ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles
Tél. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be
BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

Ce document est disponible en téléchargement sur le site web www.ima-aim.be.

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction.....	3
1.1. Contexte	3
1.2. Objectif.....	5
2. Méthodologie	6
2.1. Données	6
2.2. Analyse.....	8
2.3. Limites de l'étude	9
3. Résultats	12
3.1. Données globales et évolutions	12
3.2. Variation des montants facturés aux patients par séjour	19
3.3. Suppléments d'honoraires médicaux	25
4. Conclusion.....	39
4.1. Principaux résultats.....	40
4.2. Commentaires et recommandations	42
Références	44
Annexes.....	46
Annexe 1. Canaux de financement des soins de santé en Belgique.....	46
Annexe 2. Distribution du montant de la facture patient selon le type de séjour, la catégorie de chambre.....	49
Annexe 3. Pourcentage maximal du supplément d'honoraires facturable par hôpital.	50
Annexe 4. Regroupement des spécialités	55
Annexe 5. Qu'est-ce qu'un 'boxplot' ?.....	56

Résumé

Le montant et la prévisibilité de la facture patient constituent un enjeu essentiel de l'accessibilité aux soins hospitaliers.

Dans les 100 hôpitaux aigus et universitaires de Belgique, un total de 1,32 milliard d'euros de tickets modérateurs et de suppléments a été facturé aux patients lors d'hospitalisations classiques et d'hospitalisations de jour en 2021. Près de 70 % de ce montant facturé aux patients, soit 911 millions d'euros, concernaient des suppléments et des montants non remboursables¹. Par rapport aux années précédentes, cela représente une augmentation proportionnelle des montants exclus des « filets de sécurité » du système de soins de santé belge, à savoir la facture maximale et l'intervention majorée (69 % en 2021 ; 68 % en 2019 et 67 % en 2018).

Près des deux tiers de ce montant de suppléments et de montants non remboursables sont des **suppléments d'honoraires sur les honoraires remboursables des médecins, pour un montant de 598 millions d'euros**. On notera **l'augmentation de la masse des suppléments d'honoraires dans les hospitalisations de jour** (102 millions d'euros en 2021 contre 92 millions d'euros en 2019, soit une augmentation de 10,9 % alors que le nombre d'hospitalisations de jour a augmenté de 4,2 % au cours de cette période).

Le rapport entre le montant total des suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables lors d'une hospitalisation par rapport au montant total des honoraires (intervention de l'assurance obligatoire (AMI) + ticket modérateur), tous types de chambres confondus) a repris sa croissance après la baisse de 2020, et a

¹ Les suppléments et les montants non remboursables, recouvrent les suppléments d'honoraires et de chambre, différents suppléments de confort et des prestations non remboursables (notamment honoraires, médicaments, matériel...).

dépassé le niveau de 2019 pour les admissions classiques (20,6 % en 2021 ; 20,4 % en 2019) et pour les hospitalisations de jour (12,8 % en 2021 ; 12,5 % en 2019).

Notre analyse des coûts facturés aux patients (tickets modérateurs, suppléments et montants non remboursables) lors des séjours hospitaliers confirme et renforce les conclusions décrites dans les rapports précédents.

- **Le coût moyen par admission supporté par les patients a** continué d'augmenter entre 2019 et 2021. Pour une **hospitalisation classique** en chambre individuelle, les montants moyens facturés aux patients sont passés à 304 € en chambre commune (+5,3 % par rapport à 2019) et à 2 348 € en chambre individuelle (+7,2 %). L'augmentation des suppléments et des montants non remboursables en est la cause principale. La facture moyenne par admission en **hospitalisation de jour** a également augmenté de façon marquée sauf pour l'hospitalisation de jour oncologique.
- Deuxièmement, il subsiste un risque réel que les patients soient confrontés à des **factures très élevées**, surtout influencés par les **suppléments et les montants non remboursables**. En 2021, le montant e facturé aux patients a dépassé 3 000 euros pour environ 70 000 séjours classiques et 3 000 hospitalisations de jour. Dans 3 885 hospitalisations, la facture patient a dépassé 10 000 €. Cependant, bien que les factures (extrêmement) élevées soient principalement liées à des séjours en chambre individuelle, le coût pour le patient peut également être élevé en chambres commune, par exemple en raison du coût des implants. **L'augmentation du nombre d'hospitalisations de jour pour lesquelles le coût supporté par le patient dépasse 1 000 € est également marquante** (55 247 en 2021 contre 46 343 en 2019, soit +19,2 %).
- Troisièmement, le patient est toujours confronté à **l'incertitude quant dépenses auxquelles il devra faire face. Comme les baromètres précédents l'ont mis en évidence, le coût supporté par le patient varie entre et au sein des hôpitaux, y compris pour une même intervention et pour un séjour en chambre commune. Cela vaut également pour les interventions courantes** : l'introduction d'un financement forfaitaire pour les séjours de soins à faible variabilité n'empêche pas des différences significatives dans la facturation au patient entre et au sein des hôpitaux, pour la même intervention dans le même type de chambre. De plus, pour les séjours en chambre particulière, le **pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturables** - qui varie entre les hôpitaux de 100 % à 300 % - **ne constitue pas une information suffisamment claire sur les suppléments d'honoraires qui seront effectivement facturés au patient**, à la fois en termes de pourcentage et - plus important encore - en termes d'euros.



1. Introduction

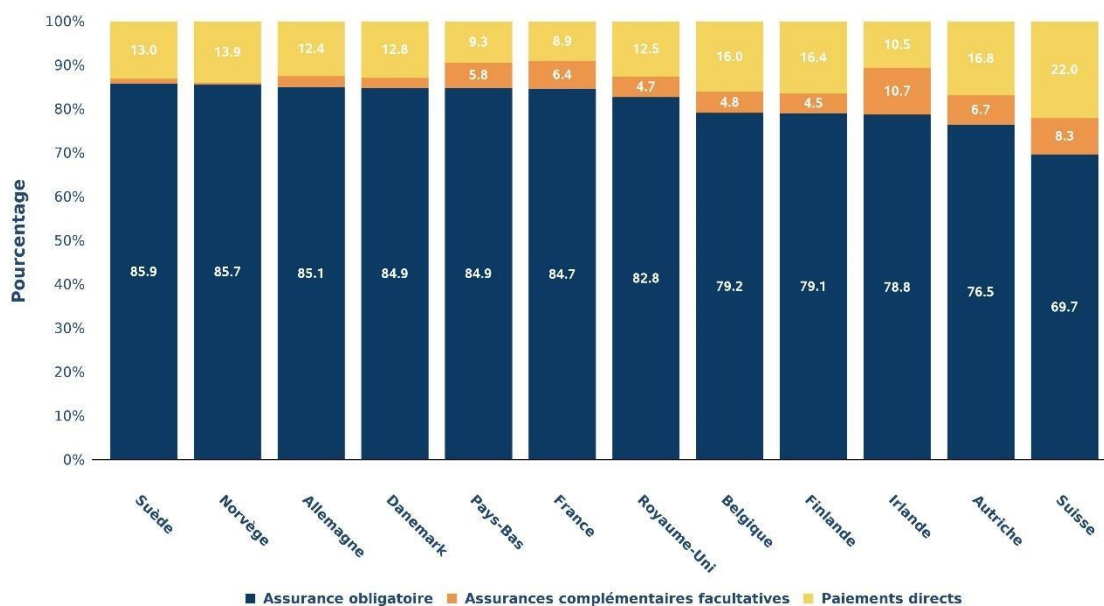
Chaque année, l'Agence Intermutualiste (AIM) publie des analyses des montants facturés aux patients pour un séjour hospitalier. Les décideurs politiques, les chercheurs et le grand public sont ainsi informés de l'évolution des montants facturés aux patients lors d'un séjour hospitalier (hospitalisation classique ou de jour). Une attention particulière est accordée à la variation des montants facturés, par exemple en fonction de l'hôpital, du type de chambre ou du statut social du patient. Cette étude, le Baromètre hospitalier IMA, permet d'évaluer l'accessibilité financière d'une hospitalisation et d'alimenter les débats sur la transparence et la prévisibilité du coût pour le patient ainsi que sur l'impact des suppléments sur la facture du patient. Les analyses sont également utilisées pour alimenter les sites internet des mutuelles en informations pour les patients et pour publier des indicateurs spécifiques aux hôpitaux dans l'Atlas IMA.

1.1. Contexte

L'accessibilité des soins est l'une des pierres angulaires de notre système de santé. Les différents canaux de financement (voir Annexe 1) y contribuent.

En 2020, environ un cinquième (20,8 %) de l'ensemble des dépenses de santé (hors soins hospitaliers) était à la charge des patients, **notamment 16,0 % par le biais de paiements directs et 4,76 % par le biais d'une assurance complémentaire facultative**. Cette part propre est nettement plus élevée que dans nos pays voisins (**Figure 1**) [1].

Figure 1. Canaux de financement des soins de santé en Belgique et dans une sélection d'autres pays de l'OCDE, 2020



Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2022 [3].

Le report des soins pour des raisons financières est un problème qui ne cesse de croître en Belgique, en particulier parmi les groupes aux revenus les plus faibles. Les dépenses privées en matière de soins de santé peuvent également augmenter au point de faire basculer les individus dans la pauvreté lorsqu'ils sont confrontés à de graves problèmes de santé [5,6].

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19, les hôpitaux ont dû réduire à plusieurs reprises les soins non COVID. En outre, la facturation entre autres de suppléments d'honoraires et de chambre a été interdite lors de l'admission à l'hôpital de patients atteints de COVID-19. Cela s'est traduit par une chute d'activité et des montants globaux facturés aux patients, ainsi que l'introduction de mécanismes de compensation financière spécifiques aux hôpitaux, rendant l'année 2020 atypique. Bien que le COVID-19 ait eu un impact sur les hôpitaux en 2021, l'activité a

progressivement repris. Dans ce rapport, les évolutions seront calculées par rapport à 2019 (avant la pandémie) plutôt qu'à l'année 2020.

Avec un montant moyen de la facture patient qui augmente d'année en année bien que les durées (moyennes) de séjours continuent à diminuer, mais aussi une grande variabilité de cette facture qui peut atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros, le risque de renoncement à des soins nécessaires constitue une réalité.

1.2. Objectif

La structure de ce rapport comporte trois volets.

Tout d'abord, nous décrivons les montants facturés aux patients pour les séjours dans les hôpitaux généraux et universitaires en 2021, et l'évolution de ces montants dans le temps. Nous considérons à la fois le ticket modérateur et les suppléments, y compris les montants non remboursables, et nous étudions à la fois les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Dans cette dernière catégorie, nous distinguons les hospitalisations de jour chirurgicales, les hospitalisations de jour non chirurgicales (médicales) et les hospitalisations de jour oncologiques.

Deuxièmement, nous étudions les variations inter-hospitalières et intra-hospitalières des montants facturés au patient par séjour, en fonction de différents facteurs : l'hôpital, le type de chambre, le statut du patient (droit à l'intervention majorée ou non), l'intervention...

Troisièmement, nous accordons une attention particulière aux suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables, car ils représentent 45 % des montants totaux facturés aux patients lors des admissions à l'hôpital.



2. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous expliquons quelles sont les sources de données que nous utilisons et comment nous les analysons en fonction des objectifs du Baromètre hospitalier de l'IMA.

2.1. Données

Les données analysées couvrent toutes les données de facturation des admissions hospitalières dans les hôpitaux généraux (y compris universitaires) de 2018 à 2021, facturées aux organismes assureurs au cours des années civiles concernées ou des deux premiers trimestres de l'année suivante. Pour les analyses concernant les suppléments d'honoraires médicaux, les données historiques jusqu'à 2006 sont également utilisées.

Les types d'activité inclus dans cette étude sont les séjours hospitaliers classiques, les hospitalisations de jour chirurgicales, les hospitalisations de jour non chirurgicales

(maxi-forfaits, forfaits 1 à 7, forfaits douleur chronique à l'exclusion des forfaits salle de plâtre, forfait port-à-cath, etc.), et l'hôpital de jour oncologique².

Les données analysées comprennent les admissions pour lesquelles il existe une indemnité de l'assurance obligatoire des soins (AMI). Il s'agit des montants facturés à l'AMI et au patient (c'est-à-dire le ticket modérateur, les suppléments et les montants non remboursables) figurant sur la facture d'admission de l'un des 100 hôpitaux généraux disposant d'un numéro d'agrément distinct (voir Annexe 3). La partie fixe du budget des moyens financiers (BMF)³ qui est réglée aux hôpitaux par le biais de douzièmes (5,7 milliards d'euros en 2021, croissance de +11,8 % par rapport à 2019⁴) et les interventions exceptionnelles ne font pas partie de cette analyse de données. Divers investissements dans le secteur hospitalier (fonds « blouse blanche » pour le personnel soignant, mesures temporaires de soutien dans le cadre de la lutte contre la COVID, IFIC...) ne sont dès lors pas pris en compte dans les montants remboursés et leur évolution.

La catégorie de chambre est déterminée comme suit : pour les séjours classiques, la chambre individuelle est attribuée aux séjours pour lesquels le code 761644 est facturé. Pour l'hospitalisation de jour, les séjours pour lesquels un supplément d'honoraire est facturé sans supplément de chambre sont également considérés comme des séjours en chambre individuelle en plus des séjours pour lesquels le code 761633 est facturé. En effet, certains hôpitaux ne facturent pas la chambre individuelle accordée en hospitalisation de jour.

Dans le cadre de l'analyse des variations de pratiques entre hôpitaux, les pourcentages maximaux de suppléments d'honoraires sont les pourcentages communiqués par l'INAMI.

Les spécialités médicales sont basées sur les regroupements du code de qualification à 3 chiffres. Pour les comparaisons entre prestataires individuels, seuls les prestataires dépassant un seuil d'activité de 5 000 € d'honoraires AMI sont pris en compte.

² L'hôpital de jour oncologique est identifié séparément depuis 2019

³ Pour toutes les composantes du BFM à 100 %, sauf pour les composantes B1 (financement du fonctionnement des services partagés) et B2 (financement du fonctionnement des services cliniques, y compris les coûts de fonctionnement du personnel infirmier et soignant) à 80 %.

⁴ Source : Rapport standardisé concernant les dépenses comptables de l'année 2021, INAMI (CSS 2022/210) p. 178 Tableau 12.1.2.1.

Suite à l'introduction des honoraires forfaitaires pour les séjours à basse variabilité (un peu plus de 10 % du montant des honoraires AMI), les honoraires sont facturés forfaitairement et ne peuvent dès lors pas être attribués aux prestataires individuels ni aux spécialités. Les suppléments d'honoraires quant à eux restent attestés à la prestation par des prestataires individuels.

Les frais ambulatoires (pré- ou post-hospitalisation) ou les frais supportés par le patient qui ne figurent pas sur la facture du séjour hospitalier(par exemple, certains examens pré-opératoires, les transports inter-hospitaliers, etc.) ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

2.2. Analyse

Tout d'abord, le nombre de séjours et de journées par type de séjour constituent des indicateurs globaux sur le volume d'activité.

Pour répondre à notre premier objectif, nous analysons les montants totaux facturés à la charge de l'AMI et à la charge du patient, globalement et par type de séjour. Nous les ventilons ensuite selon six catégories de dépenses : séjour, honoraires, matériel, pharmacie, chambre et autres :

- Le séjour comprend le montant par admission et le montant par journée⁵ pour les séjours classiques et l'hôpital de jour chirurgical, ainsi que les forfaits pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale (forfaits 1 à 7, douleur chronique) et les forfaits pour l'hospitalisation de jour oncologique. Ces montants sont principalement destinés à contribuer à la couverture des frais d'hôtellerie et de soins. Les douzièmes versés mensuellement aux hôpitaux entre autres pour financer les soins hospitaliers pour les hospitalisations classiques et hospitalisations de jour chirurgicales ne sont pas inclus dans les chiffres. Pour les frais d'hébergement, seules les admissions classiques font l'objet de tickets modérateurs à charge patient. Ceux-ci varient en fonction du statut social du patient et de la durée du séjour.
- L'honoraire comprend les honoraires médicaux remboursables, mais aussi les honoraires remboursables d'autres prestataires (dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes...), les éventuels suppléments d'honoraires et les honoraires non remboursables (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). Les honoraires médicaux remboursables et leurs suppléments

⁵ Les douzièmes du BFM n'ont pas été inclus dans les analyses.

constituent l'essentiel des honoraires globaux. Les forfaits pour les séjours à basse variabilité sont également inclus dans les tarifs globaux.

- Sont inclus dans le « matériel » les implants remboursables et d'autres produits médicaux (plâtre, pansements actifs...) et les implants ou le matériel non remboursables (960234, 960245, 960536, 960540, 961273, 961284). Les suppléments pour matériel correspondent à la différence entre la base de remboursement et le prix plafond de certains implants.
- Les suppléments de chambre comprennent les suppléments par jour (761633 et 761644) facturés au patient qui choisit de séjourner dans une chambre individuelle. Ce montant est fixé librement par chaque hôpital.
- La catégorie de dépenses « pharmacie » comprend les spécialités pharmaceutiques remboursables et non remboursables et les autres produits pharmaceutiques.
- La catégorie « autres » comprend principalement d'autres frais divers pour le patient pendant l'hospitalisation, tels que le confort de la chambre, la nourriture et les boissons ou encore un lit pour une personne accompagnante. En outre, les produits d'hygiène non remboursables, par exemple, entrent également dans cette catégorie.

Dans le cadre de notre deuxième objectif, les analyses sont consacrées aux sources de variation du montant facturé aux patients :

- Le type de séjour (classique / hôpital de jour)
- La catégorie de chambre avec les suppléments de chambre et suppléments d'honoraires qui peuvent découler du choix d'une chambre particulière
- La pathologie
- Le statut social (bénéficiaire ordinaire/bénéficiaire de l'intervention majorée) : intervention plus importante de l'AMI pour les bénéficiaires de l'intervention majorée pour de nombreux postes de dépenses (frais de séjour, honoraires, médicaments, etc.), mais pas pour les implants.
- L'hôpital et sa politique tarifaire

Enfin, nous accordons une attention particulière aux suppléments d'honoraires sur les prestations médicales remboursables.

2.3. Limites de l'étude

Les prestations ambulatoires et autres dépenses réalisées en dehors des séjours hospitaliers (polyclinique, services d'urgence...) **avant l'admission ou après la sortie du patient** (notamment des examens préopératoires et d'autres coûts tels que pharmacie, kinésithérapie...), ainsi que les frais qui ne figurent pas sur

la facture hospitalière (notamment transport en ambulance) ne sont pas prises en compte dans l'analyse.

Cependant, du point de vue du patient, le coût total est important. Ces éléments peuvent également augmenter considérablement le coût supporté par le patient, qu'ils soient ou non (en partie) induits par les suppléments (d'honoraires).

Deuxièmement, nous ne disposons pas de données diagnostiques (telles que les diagnostics primaires et secondaires) ni de degrés de sévérité. Nous sommes donc limités dans la réalisation d'analyses spécifiques à une pathologie et d'analyses au sein de populations de patients homogènes. Seules certaines interventions identifiées par des codes de nomenclature INAMI spécifiques ou des pseudocodes de séjours à faible variabilité sont analysées.

Troisièmement, les données relatives aux admissions à l'hôpital de personnes n'ayant pas droit aux remboursements AMI n'ont pas été prises en compte dans ces analyses. Proportionnellement, il s'agit d'un petit groupe, mais il n'est pas réparti de manière aléatoire entre les hôpitaux. En outre, l'impact financier de l'hospitalisation est particulièrement élevé pour ces patients. Certaines de ces personnes sont affiliées à une mutuelle mais ne sont pas couvertes parce qu'elles n'ont pas payé suffisamment de cotisations de sécurité sociale au cours de l'année de référence. D'autres ne peuvent pas être affiliées à une caisse de maladie belge parce qu'elles n'appartiennent pas au groupe cible de l'AMI (par exemple, les employés d'institutions supranationales ou internationales, les diplomates étrangers, les personnes résidant illégalement en Belgique, les sans-abri...).

En ce qui concerne les suppléments d'honoraires médicaux sur les prestations remboursables :

- Les montants totaux des honoraires attestés et des suppléments associés concernent uniquement les honoraires attestés lors de séjours classiques ou d'hospitalisations de jour. Ainsi, les honoraires attestés dans le cadre ambulatoire (ambulatoire ou 'purement' ambulatoire⁶ ; voir également la limite 1 de l'étude ci-dessus) ne sont pas pris en compte ici.
- Comme nous ne disposons pas des taux de rétrocession (individuels) convenus entre le prestataire et l'institution, les montants présentés concernent les montants facturés au patient, mais pas nécessairement les revenus pour le prestataire concerné.

⁶ Ambulatoire « pur » : services ambulatoires fournis en dehors des séjours hospitaliers.

L'analyse porte sur les montants qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les patients peuvent limiter le risque de facture très élevée en souscrivant à des assurances hospitalisation complémentaires qui couvrent une partie (variable en fonction de la police d'assurance) de la facture patient. Nous ne disposons pas des données concernant l'intervention de ces assurances complémentaires.



3. Résultats

Dans ce qui suit, nous présentons successivement les résultats liés aux trois objectifs de l'étude. Dans le point 3.1, nous décrivons les montants facturés aux patients pour les séjours dans les hôpitaux généraux en 2021 et l'évolution de ces montants dans le temps. Dans le point 3.2, nous étudions les variations entre les hôpitaux et au sein de ceux-ci en ce qui concerne les montants facturés aux patients. Dans le point 3.3, nous examinons de plus près les suppléments d'honoraires médicaux.

3.1. Données globales et évolutions

Dans cette section, nous analysons les montants globaux facturés pour l'ensemble des séjours hospitaliers et par type de séjours hospitaliers, les différents éléments de coûts et leur évolution.

3.1.1. Nombre de séjours et de journées d'hospitalisation

En raison des différents épisodes de la pandémie de COVID-19, le nombre de séjours a fortement diminué en 2020 par rapport à 2019 (-16,9 % pour les admissions

classiques et -12,0 % pour les hospitalisations de jour)⁷. En 2021, le nombre de séjours augmente à nouveau par rapport à 2020 (+9,6 % pour les admissions classiques et +18,4 % pour les hospitalisations de jour). Le virage ambulatoire se poursuit progressivement, avec une réduction de 157 978 séjours classiques par rapport à 2019 et une augmentation de 85 695 séjours en hospitalisation de jour sur la même période. **Pour les séjours classiques, la diminution du nombre de séjours et de la durée moyenne de séjour se traduit par une baisse du nombre total de journées d'hospitalisation de -13,7 % en 2021 par rapport à 2019** (Tableau 1).

Tableau 1. Nombre de séjours hospitaliers et de journées en hospitalisation classique et de jour, 2018-2021

	2018	2019	2020	2021	Δ 2020- 2021	Δ 2019- 2021
Séjours classiques	1.808.214	1.771.998	1.472.089	1.614.020	+9,6%	-8,9%
Nombre de jours d'hospitalisation		13.519.135	11.137.087	11.661.988	+4,7%	-13,7%
Hospitalisation de jour	2.014.977	2.063.166	1.814.766	2.148.861	+18,4%	+4,2%
Hospitalisation chirurgicale de jour		598.499	466.820	589.884	+26,4%	-1,4%
Hospitalisation de jour non chirurgicale		1.029.898	894.623	1.079.858	+20,7%	+4,9%
Hospitalisation de jour en oncologie		434.769	453.323	479.119	+5,7%	+10,2%

^a Les chiffres indiqués dans ce tableau pour les séjours classiques de 2018-2021 sont utilisés chaque fois que nous affichons des moyennes dans la suite de l'analyse. Lorsque nous calculons les montants totaux facturés dans la section suivante, nous incluons tous les montants facturés au cours de l'année concernée, quelle que soit la date d'admission ou de sortie. Cela représente 1 845 402 séjours classiques en 2019, 1 529 656 séjours classiques en 2020 et 1 640 074 séjours classiques en 2021.

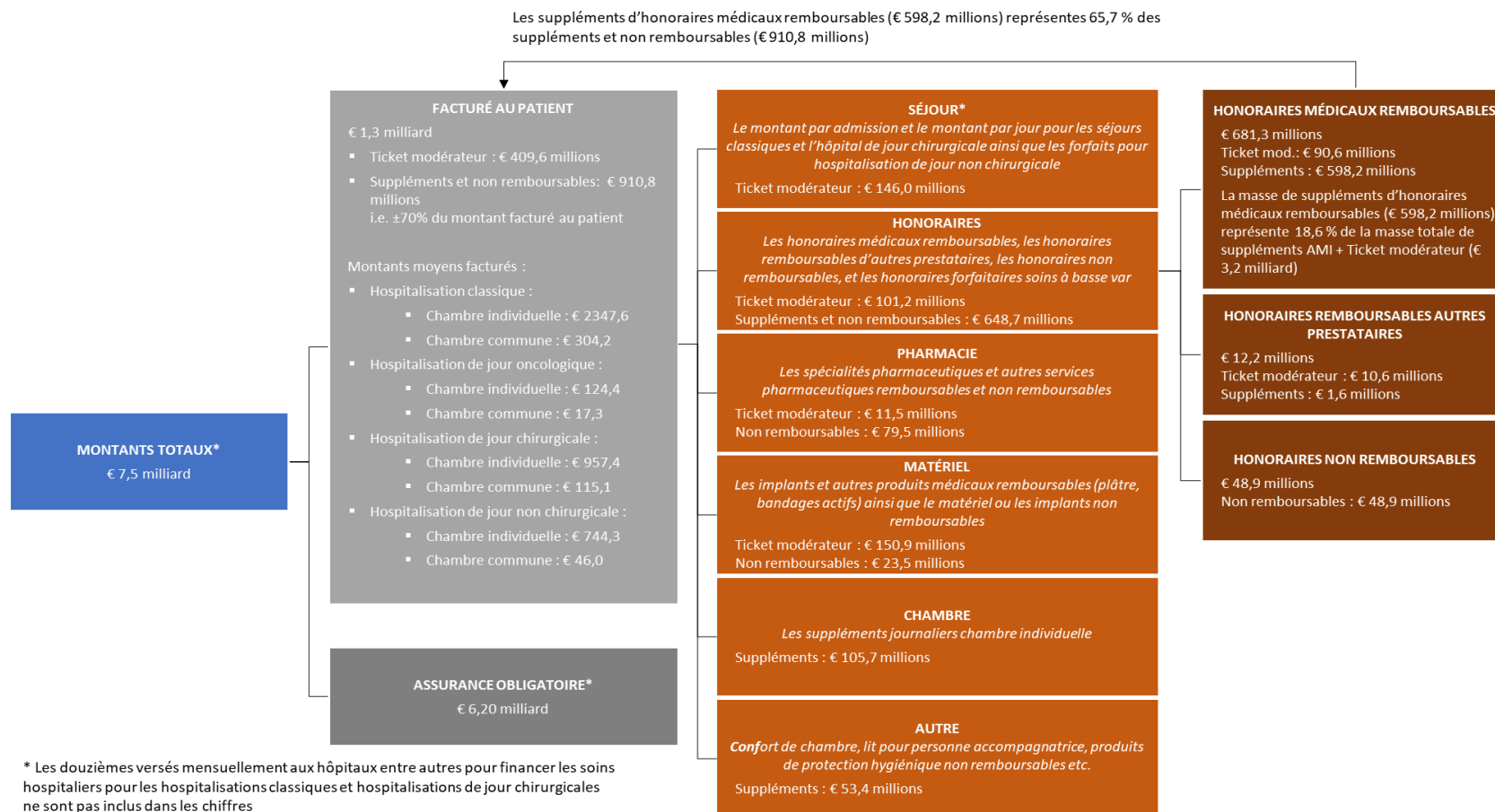
3.1.2. Macro-image générale des montants facturés à l'AMI et aux patients

Dans la section 3.1.3, nous décrivons les montants totaux facturés pour les admissions à l'hôpital (facturés à l'AMI et au patient). Dans la section 3.1.4, nous détaillons les montants facturés par catégorie de dépenses. À titre indicatif, la

⁷ Cf. Baromètre des hôpitaux IMA - données 2020 : <https://ima-aim.be/Barometre-hospitalier-AIM-Donnees?lang=fr>

Figure 2 rassemble les chiffres de ces sections, agrégés pour les séjours hospitaliers classiques et les hospitalisations de jour.

Figure 2. Aperçu du total des montants facturés (à la charge de l'AMI et du patient) pour des hospitalisations classiques et de jour, 2021 (excepté les douzièmes BMF)



3.1.3. Montants totaux – niveau macro

Les montants totaux facturés et les montants facturés par type de séjour au cours de la période 2018-2021 sont présentés dans la Figure 3. Pour l'ensemble des services dans tous les types de séjours hospitaliers confondus, un total de 1,32 milliard d'euros a été facturé aux patients au cours de l'année 2021, en baisse de 5,5 % par rapport à 2019 (1,38 milliard d'euros). La part remboursée par l'AMI a augmenté sur la même période : 6,20 milliards d'euros ont été remboursés en 2021, soit une croissance de 2,7 % par rapport à 2019 (6,05 milliards d'euros).

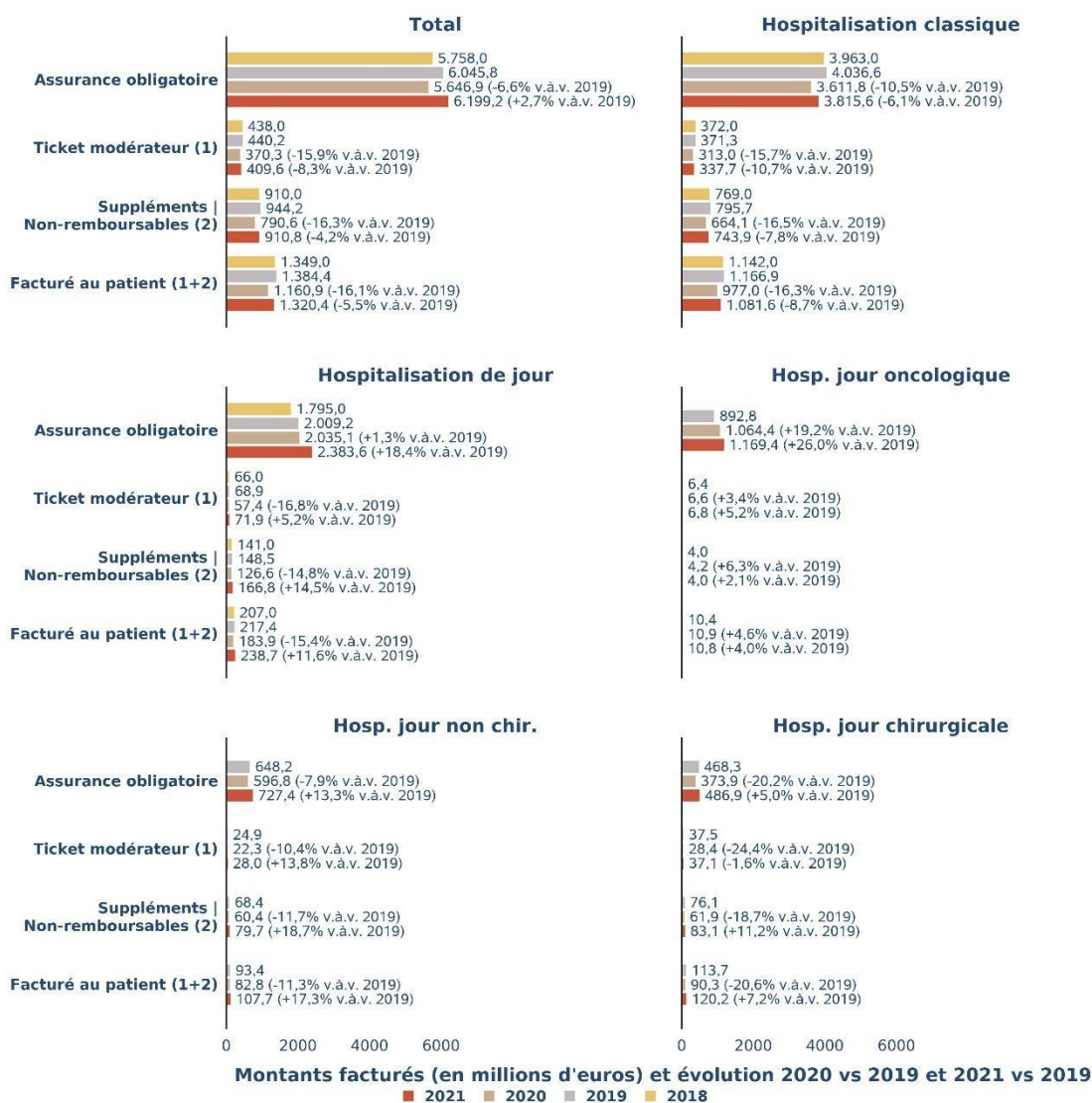
Un peu plus des deux tiers (69,0 %) des 1,32 milliard d'euros facturés aux patients sont constitués de suppléments et de montants non remboursables (910,8 millions d'euros) et environ un tiers (31,0 %) de tickets modérateurs (409,6 millions d'euros). Ce ratio (69,0 %/31,0 %) augmente donc davantage par rapport à la situation de 2019 (68,2 %/31,8 %). Par rapport à l'évolution des tickets modérateurs des admissions hospitalières (2021 vs 2019 : -8,3 %), la masse des suppléments d'honoraires et des montants non remboursables a diminué de manière moins prononcée (2021 vs 2019 : -4,2 %).

Pour interpréter cette évolution, il faut également tenir compte de l'évolution du nombre de séjours et de journées d'hospitalisation. Les montants moyens par séjour présentés dans la section 3.2. prennent en compte ces éléments.

Le montant global facturé aux patients lors des hospitalisations classiques a diminué de 8,7 % (-10,7 % pour le ticket modérateur et -7,8 % pour les suppléments et les montants non remboursables) par rapport à 2019. Dans le même temps, le nombre de séjours classiques a diminué de 8,9 % et le nombre de journées de 13,7 %.

En revanche, le montant macro facturé aux patients en hospitalisation de jour a augmenté de 11,6 % (+5,2 % pour le ticket modérateur et +14,5 % pour les suppléments et les montants non remboursables) par rapport à 2019, ce qui est supérieur à la croissance du nombre de séjours en hospitalisation de jour (+4,2 %).

Figure 3. Montants totaux facturés à l'AMI⁸ et au patient et montants facturés par type de séjour, 2018-2021



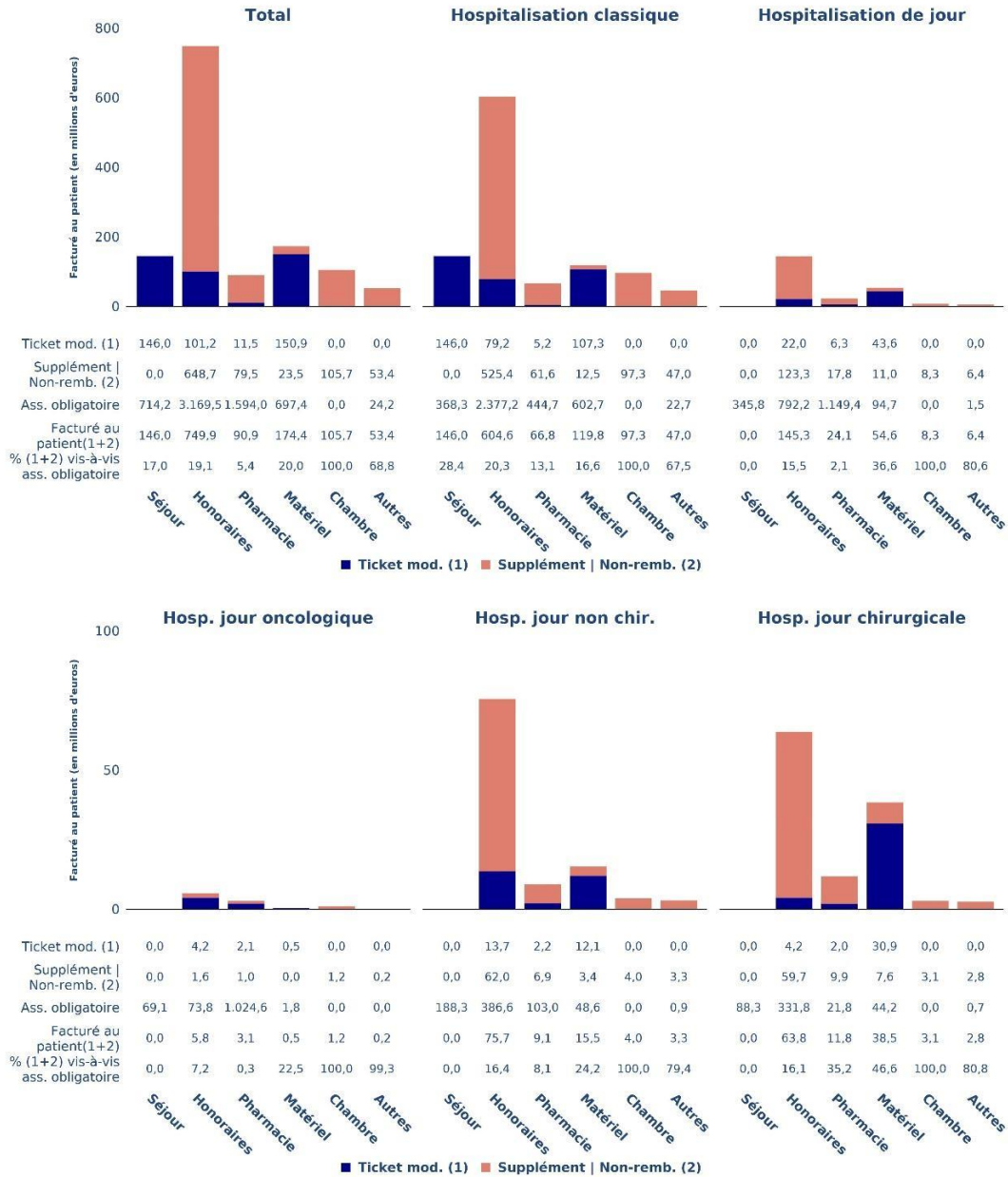
3.1.4. Montants macro par catégorie de dépenses

La Figure 4 illustre les montants totaux facturés (à l'AMI et aux patients) par catégorie de dépenses et par type de séjour. La part des **suppléments aux honoraires remboursables et aux honoraires non remboursables** (648,7 millions d'euros en 2021) dans le montant total facturé aux patients lors des séjours hospitaliers (1,32 milliard d'euros) a augmenté pour atteindre **près de la moitié** (2021 : 49,1 %, 2019 : 47,1 %) **du montant total facturé aux patients.**

⁸ À l'exclusion du BFM réglé par douzièmes.

Les autres catégories de dépenses qui représentent une part importante du montant total facturé aux patients sont le **ticket modérateur sur le matériel** (150,9 millions d'euros), les **suppléments de chambre** sur les chambres individuelles (105,7 millions d'euros), le ticket modérateur sur le séjour (146,0 millions d'euros) et les produits pharmaceutiques non remboursables (79,5 millions d'euros).

Figure 4. Montants totaux facturés à l'AMI⁹ et au patient et montants facturés par type de séjour et par catégorie de dépenses, 2021



⁹ À l'exclusion des douzièmes pour le financement des soins hospitaliers.

3.2. Variation des montants facturés aux patients par séjour

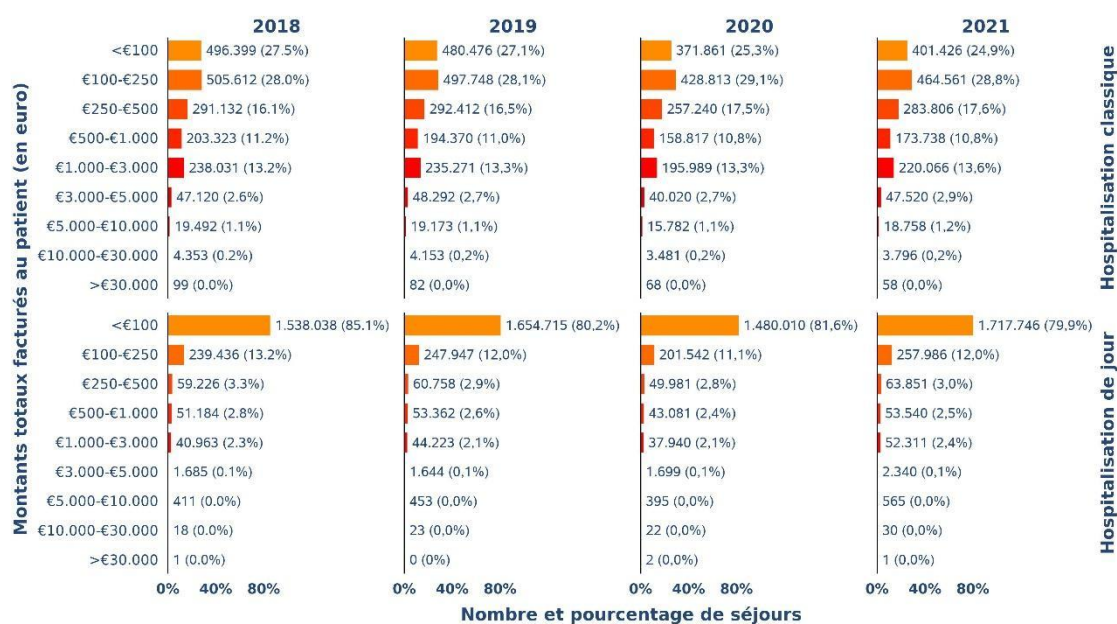
Dans cette section, nous analysons plusieurs éléments qui impactent le montant de la facture patient.

Contrairement aux dépenses globales qui ont été impactées par l'évolution du nombre de séjours résultant de la COVID-19, le montant à la charge du patient par séjour donne une image de l'évolution de la facture auquel le patient fait face lors d'un séjour.

3.2.1. Risque d'être confronté à des factures très élevées

Dans la Figure 5, les montants totaux facturés aux patients sont classés selon l'ordre de grandeur des montants. Bien que le nombre de séjours pour lesquels le montant **facturé aux patients dépasse 3 000 € en 2021** soit limité en pourcentage, il concerne en nombre absolu **70 132 séjours classiques** (71 700 en 2019) et **2 936 hospitalisations de jour** (2 100 en 2019). En **particulier pour les hospitalisations de jour, on observe une augmentation frappante (+19,2 %) du nombre de séjours dont le montant facturé au patient dépasse 1 000 € : 55 247 en 2021 contre 46 343 en 2019.**

Figure 5. Montants facturés aux patients classés par ordre de grandeur des montants, 2018-2021



3.2.2. Variation selon le type de chambre

Dans cette section, nous analysons les montants moyens facturés aux patients par type de séjour, catégorie de dépenses et type de chambre (Tableau 2 : chambre commune, Tableau 3 : chambre individuelle) et l'évolution entre 2019 et 2021.

Les 285 213 séjours classiques facturés en **chambre individuelle représentent 17,4 % des séjours classiques**, soit un peu moins que les 18,0 % de 2019. **Entre les hôpitaux, la part des séjours classiques en chambre individuelle est très variable** : elle atteint **56,7 % dans un hôpital**.

Pour les hospitalisations de jour, on note 169 022 séjours en chambre individuelle, soit 7,94 % de l'ensemble des hospitalisations de jour. D'un hôpital à l'autre, la **proportion d'hospitalisations de jour** en chambre individuelle varie **de 0 % à 42,8 %**.

Pour une **hospitalisation classique en chambre commune**, un montant moyen de **304,2 €** a été facturé au patient en 2021 (+15,3 € soit +5,3 % par rapport à 2019). Ce montant est près de 8 fois plus élevé pour une hospitalisation classique **en chambre individuelle, facture moyenne de 2 347,6 €** (+157,4 € soit +7,2 % par rapport à 2019). La différence est essentiellement due aux suppléments d'honoraires et aux honoraires non remboursables (1 664,3 € en chambre individuelle, 37,4 € en chambre commune) et aux suppléments de chambre (341,3 € en chambre individuelle ; aucun en chambre commune).

Pour une hospitalisation de jour en chambre individuelle, le montant moyen facturé au patient est environ 8 (hospitalisation de jour chirurgicale, hospitalisation de jour oncologique) à 16 (hospitalisation de jour non chirurgicale) fois plus élevé qu'en chambre commune.

À l'exception de l'hôpital de jour oncologique, les dépenses moyennes par séjour ont également poursuivi leur croissance en hôpital de jour **(+6.1 % en chambre commune et +0.5 % en chambre particulière pour l'hospitalisation de jour chirurgicale, et respectivement de +9.5 % et +3.8 % pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale)**.

Ces croissances sont plus élevées que l'évolution de l'indice santé (+3.0 % sur la même période)¹⁰.

¹⁰ L'indice santé a connu une croissance modérée au cours de cette période, passant de 108,92 (base 2013) en 2019 à 110,00 en 2020 et 112,21 en 2021 - <https://statbel.fgov.be/fr/themes/prix-la-consommation/indice-sante>.

Les suppléments et montants non remboursables, fixés librement par les hôpitaux et qui échappent aux mécanismes de protection financière (BIM, maximum à facturer...), ont augmenté plus rapidement que les tickets modérateurs qui sont totalement réglementés.

Tableau 2. Montants moyens facturés au patient, par type de séjour et catégorie de dépenses, en chambre commune, 2019-2021

Type de séjour et catégorie de dépenses	2019 (€)			2021 (€)		
	Ticket modérateur	Suppl. Non remb.	Total	Ticket modérateur	Suppl. Non remb.	Total
Hospitalisation classique						
Total	€191,2	€97,7	€288,9	€197,2	€106,9	€304,2
Séjour	€86,4	€0,0	€86,4	€87,5	€0,0	€87,5
Honoraires	€46,9	€33,1	€80,0	€46,8	€37,4	€84,3
Pharmacie	€3,5	€33,9	€37,4	€3,3	€35,7	€39,1
Matériel	€54,2	€6,0	€60,2	€59,6	€6,6	€66,2
Suppléments de chambre	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Autres	€0,0	€24,6	€24,6	€0,0	€27,1	€27,1
Hospitalisation chirurgicale de jour						
Total	€64,1	€44,4	€108,5	€63,4	€51,7	€115,1
Séjour	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Honoraires	€8,0	€14,6	€22,6	€7,1	€18,2	€25,3
Pharmacie	€3,2	€15,5	€18,7	€3,4	€16,6	€19,9
Matériel	€52,9	€10,1	€63,0	€52,9	€12,2	€65,1
Suppléments de chambre	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Autres	€0,0	€4,2	€4,2	€0,0	€4,8	€4,8
Hospitalisation de jour non chirurgicale						
Total	€22,8	€19,4	€42,2	€24,6	€21,4	€46,0
Séjour	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Honoraires	€11,9	€8,2	€20,1	€12,4	€9,3	€21,6
Pharmacie	€1,9	€5,5	€7,5	€1,9	€6,1	€8,0
Matériel	€8,9	€3,1	€12,1	€10,3	€3,1	€13,4

Suppléments de chambre	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Autres	€0,0	€2,5	€2,5	€0,0	€3,0	€3,0
Hospitalisation de jour en oncologie						
Total	€14,5	€3,6	€18,1	€13,9	€3,4	€17,3
Séjour	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Honoraires	€8,7	€0,4	€9,1	€8,5	€0,7	€9,3
Pharmacie	€4,8	€2,5	€7,3	€4,4	€2,2	€6,6
Matériel	€1,0	€0,1	€1,1	€1,0	€0,1	€1,1
Suppléments de chambre	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Autres	€0,0	€0,6	€0,6	€0,0	€0,5	€0,5

Tableau 3. Montants moyens facturés aux patients, par type de séjour et par catégorie de dépenses dans une chambre individuelle, 2019-2021

Type d'hébergement et catégorie de dépenses	2019 (€)			2021 (€)		
	Ticket modérateur	Suppl. Non remb.	Total	Ticket modérateur	Suppl. Non remb.	Total
Hospitalisation classique						
Total	€246,7	€1943,5	€2190,1	€247,1	€2100,5	€2347,6
Séjour	€102,8	€0,0	€102,8	€96,3	€0,0	€96,3
Honoraires	€57,5	€1481,7	€1539,2	€55,1	€1664,3	€1719,5
Pharmacie	€2,8	€43,5	€46,3	€2,4	€46,4	€48,8
Matériel	€83,6	€11,8	€95,4	€93,2	€12,5	€105,7
Suppléments de chambre	€0,0	€370,3	€370,3	€0,0	€341,3	€341,3
Autres	€0,0	€36,1	€36,1	€0,0	€36,0	€36,0
Hospitalisation chirurgicale de jour						
Total	€63,9	€888,2	€952,1	€62,8	€894,5	€957,4
Séjour	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Honoraires	€8,4	€794,9	€803,3	€7,3	€800,4	€807,7
Pharmacie	€3,5	€17,1	€20,7	€3,5	€19,0	€22,5
Matériel	€51,9	€18,4	€70,3	€52,0	€19,3	€71,3

Suppléments de chambre	€0,0	€52,2	€52,3	€0,0	€50,0	€50,0
Autres	€0,0	€5,6	€5,6	€0,0	€5,7	€5,7
Hospitalisation de jour non chirurgicale						
Total	€38,6	€678,4	€716,9	€40,8	€703,5	€744,3
Séjour	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Honoraires	€15,0	€611,4	€626,4	€15,7	€636,9	€652,6
Pharmacie	€2,8	€9,2	€12,0	€2,9	€10,1	€12,9
Matériel	€20,7	€3,2	€23,9	€22,2	€3,7	€25,9
Suppléments de chambre	€0,0	€50,9	€51,0	€0,0	€48,8	€48,8
Autres	€0,0	€3,6	€3,6	€0,0	€3,8	€3,8
Hospitalisation de jour en oncologie						
Total	€20,7	€118,2	€138,9	€18,8	€105,6	€124,4
Séjour	€0,0	€0,5	€0,5	€0,0	€0,0	€0,0
Honoraires	€12,8	€60,5	€73,3	€12,1	€53,7	€65,8
Pharmacie	€6,6	€4,1	€10,7	€5,4	€1,8	€7,1
Matériel	€1,3	€0,0	€1,4	€1,3	€0,0	€1,4
Suppléments de chambre	€0,0	€52,1	€52,1	€0,0	€49,3	€49,3
Autres	€0,0	€0,9	€0,9	€0,0	€0,7	€0,7

3.2.3. Variation en fonction de l'intervention et du statut social du patient

Le montant facturé aux patients varie également en fonction du type d'acte. Par exemple, dans une chambre commune, le montant facturé aux assurés ordinaires est 8 fois plus élevé pour un bypass gastrique (1 292 €) que pour une prostatectomie (165 €) (cf. Tableau 4).

La facture patient dépend également du statut social du patient. Comme l'intervention de l'assurance maladie pour de nombreuses dépenses (frais de séjour, honoraires, médicaments, etc. mais pas les implants) est plus élevée pour les bénéficiaires de l'allocation majorée (BIM), le montant qui leur est facturé est en moyenne inférieur à celui des autres patients. La facture peut diminuer de moitié pour certaines interventions (ex. accouchement en chambre commune). Mais cette réduction est proportionnellement beaucoup plus limitée pour d'autres interventions, notamment lorsque le coût d'un implant pèse dans la facture. Dans une chambre

commune, même pour les patients ayant droit à l'intervention majorée, le montant peut être élevé, par exemple 1 217 euros pour une gastroplastie, 1 209 euros pour un bypass gastrique ou 803 euros pour une prothèse de genou.

Dans les chambres individuelles, le montant facturé aux patients assuré ordinaires peut être jusqu'à 12 fois plus élevé (par exemple, cathétérisme cardiaque, chirurgie de la thyroïde) que dans une chambre commune. Pour les patients ayant droit à l'intervention majorée, ces différences sont encore plus marquées selon le type de chambre.

Tableau 4. Montants médians facturés aux patients pour une sélection de séjours hospitaliers classiques relevant des soins à faible variabilité, selon le type de chambre et le statut social du patient

Groupes de patients soins à faible variabilité	Chambre commune			Chambre individuelle		
	Assurés ordinaires	BIM	Δ	Assurés ordinaires	BIM	Δ
Appendicectomie	€319	€246	-22.9%	€1177	€983	-16.5%
Cathétérisme cardiaque	€99	€30	-69.7%	€1208	€1094	-9.4%
Pontage gastrique	€1292	€1209	-6.4%	€3886	€4220	+8.6%
Gastroplastie	€1295	€1217	-6.0%	€3954	€3842	-2.8%
Prothèse de hanche	€474	€373	-21.3%	€3077	€2942	-4.4%
Césarienne	€311	€185	-40.5%	€2134	€2025	-5.1%
Remplacement du genou	€889	€803	-9.7%	€3505	€3372	-3.8%
Accouchement naturel	€206	€94	-54.4%	€1716	€1529	-10.9%
Prostatectomie	€165	€90	-45.5%	€1670	€1587	-5.0%
Chirurgie de la thyroïde	€164	€88	-46.3%	€1962	€1891	-3.6%
Ablation de la vésicule biliaire	€228	€161	-29.4%	€1711	€1775	+3.7%

Parmi les **séjours classiques**, 29,4 % concernent des séjours de patients bénéficiaires de l'intervention majorées. Les 70,6 % restants concernent des séjours de patients assurés ordinaires. Les **patients bénéficiant de l'intervention majorée séjournent en chambre individuelle dans 6,6 % des cas, contre 21,9 % pour les patients assurés ordinaires.**

Parmi les hospitalisations de jour, 22,3 % concernent l'admission d'un patient bénéficiaire de l'allocation majorée. Les patients bénéficiaires de l'intervention

majorée séjournent en chambre individuelle dans 3,7 % des cas, contre 9,0 % pour les autres patients.

La facture varie selon le type d'intervention, le statut social du patient et la catégorie de chambre. Mais elle varie également entre les hôpitaux et même au sein de chaque hôpital, y compris pour des patients de statut social identique, séjournant dans un même catégorie type de chambre (y compris en chambre commune), pour une même intervention, comme l'illustrent les analyses réalisées dans les baromètres hospitaliers de l'IMA 2018 à 2020 ainsi que l'Atlas AIM¹¹.

3.3. Suppléments d'honoraires médicaux

Cette section fournit plus de détails sur les montants facturés pour les suppléments sur les **honoraires médicaux remboursables lors de l'hospitalisation**¹².

3.3.1. Suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables

Le montant total des honoraires médicaux remboursables AMI et ticket modérateur lors des hospitalisations s'élevait à **3,21 milliards d'euros en 2021**.

Les suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables lors des séjours hospitaliers en 2021 s'élèvent à 598 millions d'euros (496 millions d'euros en hospitalisation classique et 102 millions d'euros en hospitalisation de jour [Tableau 5]).

Tableau 5. Montants totaux facturés des honoraires médicaux (à charge de l'AMI + part du ticket modérateur à charge du patient) et des suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables (à charge du patient) par type de séjour, 2006-2021

(en millions d'euros)	2006	2015	2017	2018	2019	2020	2021	Δ 2020-2021 (%)	Δ 2019-2021 (%)
Honoraires AMI + TM	2.211	3.033	3.104	3.196	3.281	2.950	3.209	+8,8%	-2,2%
Hospitalisation classique	1.870	2.418	2.430	2.499	2.543	2.310	2.411	+4,4%	-5,2%
Hospitalisation de jour	341	616	673	697	738	640	797	+24,5%	+8,0%
Suppléments d'honoraires	303	531	563	588	610	510	598	+17,3%	-1,9%

¹¹<https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nlhttps://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&> Accessibilité financière > Coûts de santé des patients

¹² Sur les 3 919 millions € d'honoraires, 3 768 millions € concernent les honoraires médicaux remboursables et suppléments sur ces honoraires. Le solde de 151 millions € concerne des honoraires non médicaux ainsi que des honoraires non remboursables.

(en millions d'euros)	2006	2015	2017	2018	2019	2020	2021	Δ 2020-2021 (%)	Δ 2019-2021 (%)
Hospitalisation classique	267	440	476	501	519	432	496	+14,8%	-4,4%
Hospitalisation de jour	36	92	87	87	92	78	102	+30,8%	+10,9%
Rapport entre les suppléments d'honoraires et le montant des honoraires AMI, en %									
Total	13,7%	17,5%	18,1%	18,4%	18,6%	17,3%	18,6%	--	--
Hospitalisation classique	14,3%	18,2%	19,6%	20,0%	20,4%	18,7%	20,6%	--	--
Hospitalisation de jour	10,6%	14,9%	12,9%	12,5%	12,5%	12,2%	12,8%	--	--

En montants absolus (macro), les suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables facturés lors des hospitalisations ont augmenté de 17,3 % en 2021 par rapport à 2020. Ils restent toutefois inférieurs de 4,4 % au niveau de 2019 pour l'hospitalisation classique, mais dépassent de 10,9 % le montant de 2019 pour l'hôpital de jour.

La baisse de la masse globale des suppléments d'honoraires pour l'hospitalisation (2021 vs 2019 : -2,0 %) est moins prononcée que celle des tarifs officiels de l'AMI (-2,2 %). Le rapport entre le supplément d'honoraires et le montant AMI¹³ repart donc à la hausse pour chaque type de séjour : **20,6 % pour l'hospitalisation classique et 12,8 % pour l'hospitalisation de jour**. La croissance de l'activité en hospitalisation de jour qui accompagne la diminution de l'activité en hospitalisation classique permet toutefois de maîtriser l'évolution globale du taux de suppléments d'honoraires qui atteint 18,6 %.

3.3.2. Proportion de séjours avec suppléments d'honoraires - évolution 2015-2021

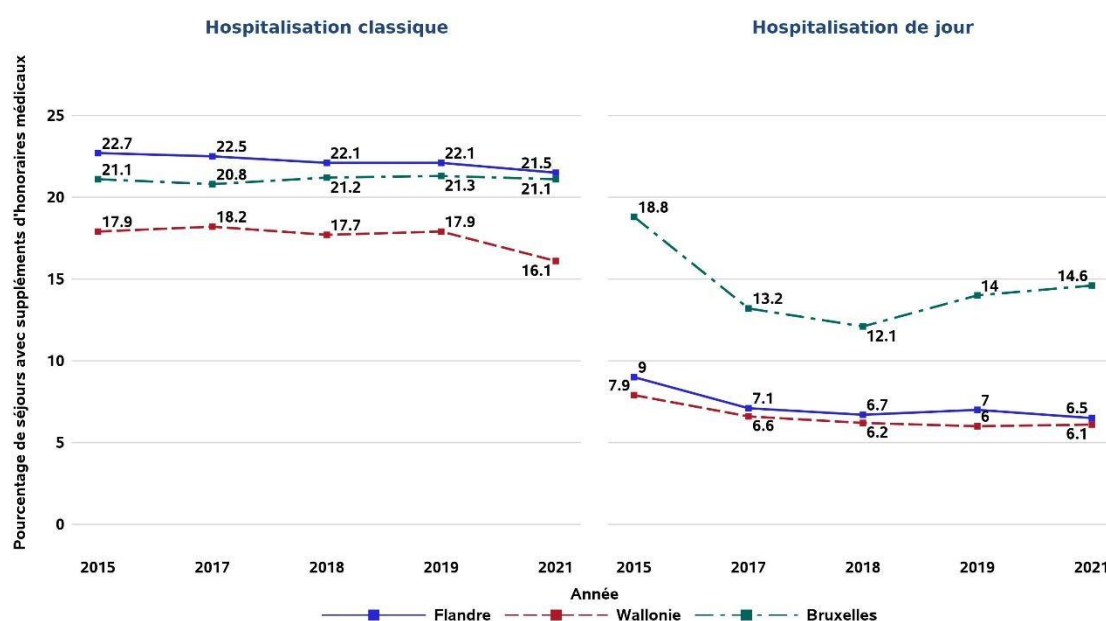
Un patient sur 8 (12,8 %) est confronté à des suppléments d'honoraires lors d'un séjour à l'hôpital, 1 patient sur 5 (19,9 %) lors d'une hospitalisation traditionnelle. Ce pourcentage est beaucoup plus faible pour les hospitalisations de jour : des suppléments d'honoraires sont facturés pour 10,1 % des hospitalisations de jour chirurgicales, pour 7,3 % des hospitalisations de jour non chirurgicales et pour 4,3 % des hospitalisations de jour oncologiques.

Ces moyennes nationales révèlent des variations régionales significatives, en particulier pour l'hospitalisation de jour.

¹³ Montant AMI = remboursement assurance obligatoire + ticket modérateur.

La part des séjours avec suppléments d'honoraires en hospitalisation classique a diminué en Wallonie et reste stable dans les autres régions. En hospitalisation de jour, la part des séjours avec suppléments d'honoraires continue d'augmenter à Bruxelles, pour atteindre un niveau deux fois plus élevé que dans les autres régions, où elle reste stable. Ces moyennes cachent également une grande dispersion entre les hôpitaux.

Figure 6. Évolution de la part des séjours avec suppléments d'honoraires (par région)



D'un hôpital à l'autre, la proportion de séjours avec suppléments d'honoraires varie fortement, de 5,7 % à 56,7 % pour les séjours classiques, de 0,9 % à 50,9 % pour les hospitalisations de jour chirurgicales, de 0,8 % à 42,3 % pour les hospitalisations de jour non chirurgicales et de 0,0 % à 28,7 % pour les hospitalisations de jour oncologiques.

S'il existe des différences significatives dans la proportion de séjours avec suppléments d'honoraires, il existe également de nettes différences dans le montant des suppléments d'honoraires facturés, selon le type de séjour, mais aussi entre séjours du même type.

3.3.3. Différences de pratique entre hôpitaux

La constitution de réseaux hospitaliers, inscrite dans la loi du 28 février 2019, a inévitablement nécessité des concertations et adaptations entre hôpitaux, qui ont historiquement des pratiques parfois très différentes, notamment en matière de suppléments d'honoraires (pourcentages maximum, mais également la manière

d'appliquer les suppléments d'honoraires). L'Annexe 3 montre l'évolution et la distribution du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires (2018-2021) par hôpital et par réseau hospitalier.

Par ailleurs, depuis mai 2022, les taux maximum (spécifiques aux hôpitaux) des suppléments d'honoraires sur les hospitalisations ont été gelés. Il s'agit d'une première étape dans le contrôle des suppléments d'honoraires hospitaliers (la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée puis supprimée progressivement et le basculement vers le cadre ambulatoire sera évité autant que possible) afin de protéger le patient contre des factures élevées pour une préoccupation nécessaire.

L'analyse de la facture patient en 2021 servira également de base de comparaison pour évaluer l'impact de cette mesure sur la facture patient en 2022.

Analyse par hôpital : pourcentage maximum théorique de suppléments d'honoraires

La déclaration d'admission indique le pourcentage maximal des suppléments d'honoraires applicables pour chaque hôpital.

Ce pourcentage maximum de suppléments d'honoraires mentionné dans la déclaration d'admission varie de 100 % dans certains hôpitaux à 300 % dans d'autres. Sur la base des chiffres officiels communiqués par l'INAMI aux OA, de grandes différences subsistent entre les hôpitaux (cf. Annexe 3).

À partir du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires des déclarations d'admissions communiqués aux mutuelles via l'INAMI, 5 hôpitaux ont augmenté leur pourcentage maximum de suppléments d'honoraires entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, et 2 hôpitaux ont réduit celui-ci. Sur la base d'analyses de données, nous avons constaté que - pour un certain nombre d'hôpitaux - il existe des incohérences entre les informations contenues dans les déclarations d'admission disponibles sur les sites internet des hôpitaux d'une part et les fichiers officiels INAMI d'autre part.

Toutefois, l'analyse du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires effectivement facturé sur des prestations individuelles montre que ce pourcentage officiel, communiqué aux OA (cf. supra) est fréquemment¹⁴ dépassé en 2021 dans

¹⁴ Dépassement pour plus de 5 % des prestations médicales avec suppléments d'honoraires.

12 hôpitaux¹⁵, et reste généralement¹⁶ inférieur au plafond dans 11 hôpitaux (cf. Annexe 3)¹⁷. Sur les 13 hôpitaux qui utilisent 300 % au maximum pour les admissions classiques (pourcentage maximum officiel tel que communiqué aux OA via l'INAMI, situation en 2021), il y a 6 hôpitaux dans lesquels le P95 - basé sur les données de facturation 2021 - est également effectivement 300 %. Dans 6 autres hôpitaux, le P95 (basé sur les données de facturation de 2021) est de 200 % ou moins.

Par ailleurs, plusieurs hôpitaux prévoient des pourcentages maximum différents en fonction de certains critères (service/discipline, intervention, chambre de luxe, conventionnement du prestataire ou même convention individuelle avec le prestataire), ce qui complexifie l'information aux patients.

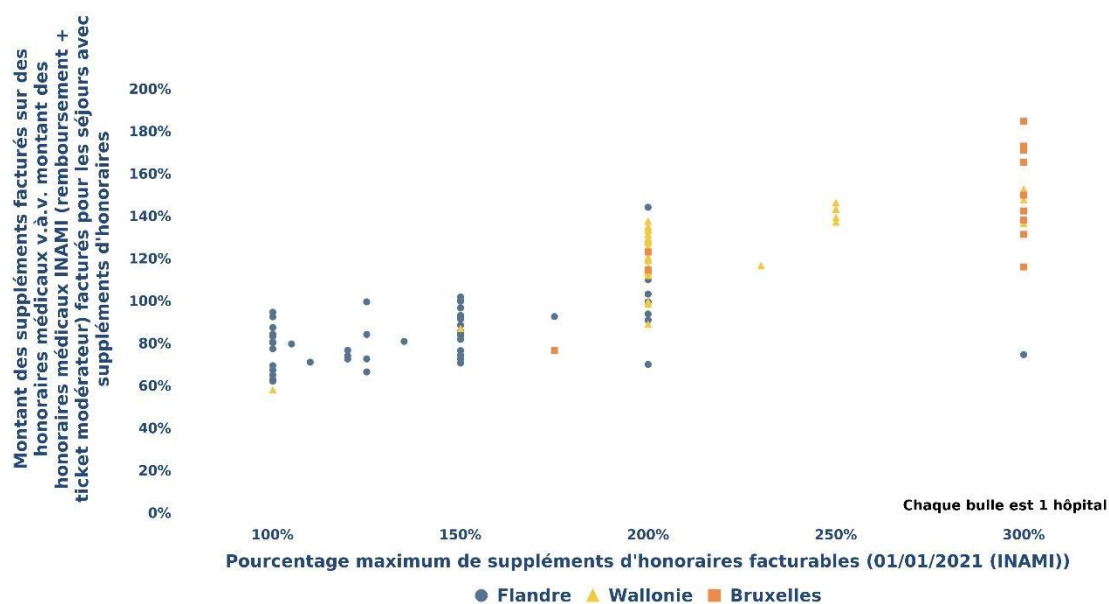
Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires prévu dans la déclaration d'admission ne permet toutefois pas au patient d'estimer la charge financière à laquelle il devra faire face, d'une part parce qu'il diffère du pourcentage de suppléments d'honoraires effectivement facturé (cf. Figure 7), d'autre part parce que le patient ne peut pas le traduire en montant absolu (euros).

¹⁵ L'Annexe 3 montre 14 hôpitaux ; cependant, dans 2 des 14 hôpitaux une augmentation du pourcentage maximum a été signalée à l'OA via l'INAMI en 2021, ce qui explique les constats dans ces 2 hôpitaux par rapport à leur pourcentage maximum au 1^{er} janvier 2021.

¹⁶ Reste inférieur pour plus de 95 % des prestations médicales avec suppléments d'honoraires

¹⁷ L'Annexe 3 montre 12 hôpitaux; dans 1 hôpital cependant, une diminution du pourcentage maximum a été signalée à l'OA via l'INAMI en 2021, ce qui explique le constat par rapport au pourcentage maximum au 1^{er} janvier 2021.

Figure 7. Pourcentage maximum du supplément d'honoraires facturable et rapport entre le montant total du supplément d'honoraires et le montant total AMI, lors d'un séjour dans une chambre particulière en 2021.



Le pourcentage des suppléments d'honoraires effectivement facturés diffère du pourcentage maximum théorique indiqué sur la déclaration d'admission de l'hôpital pour plusieurs raisons :

- le taux réel appliqué par l'hôpital peut être inférieur au taux maximal
- aucun supplément d'honoraire n'est facturé pour certains honoraires et dans certaines situations, parce qu'ils sont légalement interdits ou limités¹⁸.

Il en résulte des **différences de pourcentages** - et donc de montants - **des suppléments d'honoraires effectivement facturés entre les hôpitaux**.

Dans cette section, nous examinons le lien entre le pourcentage maximal de supplément d'honoraires facturable (situation au 1^{er} janvier 2021, comme cela devrait être communiqué à l'INAMI¹⁹) et la masse de supplément d'honoraires effectivement facturée par rapport à la masse d'honoraires AMI correspondante (dans les chambres individuelles). La Figure 7 montre que ce ratio dépasse 200 % dans un

¹⁸ En 2019, le montant sur lequel des suppléments d'honoraires ont été facturés a été autorisé à être dépassé de 15 % au maximum.

¹⁹ L'article 4 de l'arrêté royal du 17 juin 2004 relatif à la déclaration lors de l'admission à l'hôpital stipule que les tarifs applicables doivent être communiqués pour information à la Commission nationale des contrats pour les établissements de soins et les institutions d'assurance chaque fois qu'ils sont adaptés.

hôpital. Cela signifie que dans cet hôpital, pour 1 € d'honoraire AMI, plus de 2 € de suppléments d'honoraires sont facturés. Cet hôpital applique un pourcentage maximal de 300 % pour les suppléments d'honoraires. Dans un certain nombre d'hôpitaux qui appliquent également ce maximum, le montant moyen des suppléments d'honoraires facturé ne dépasse pas le montant de honoraires AMI. Même dans les hôpitaux appliquant des plafonds inférieurs, la masse des suppléments d'honoraires facturés sur les frais médicaux est très variable par rapport à la masse des honoraires AMI.

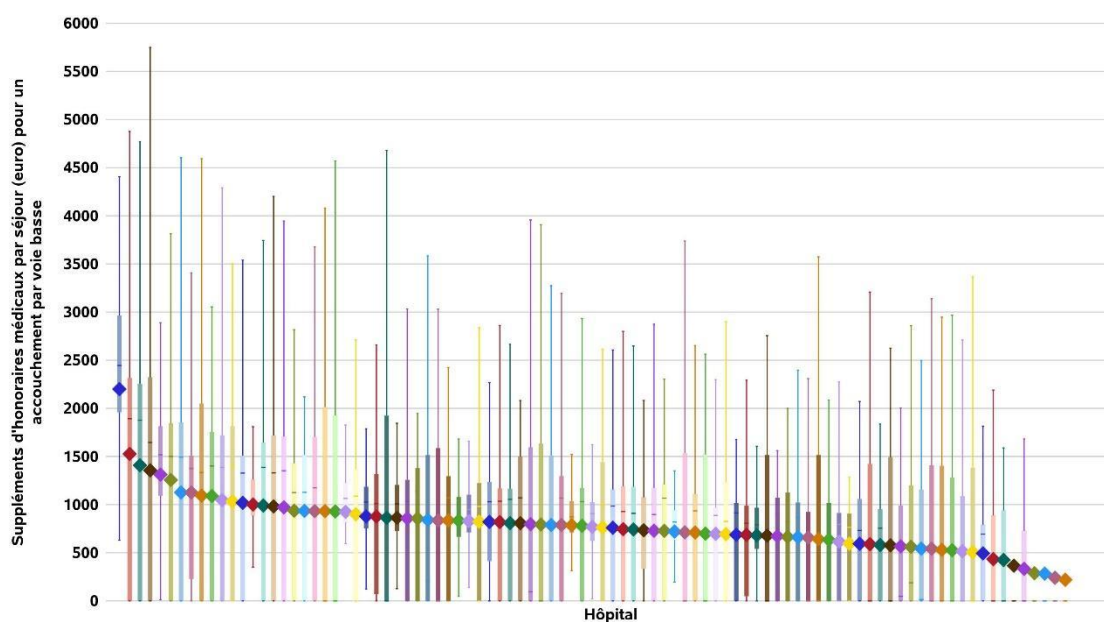
Ainsi, le pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturable ne donne pas d'informations claire au patient sur les suppléments d'honoraires prévisibles. En outre, le patient n'a que peu ou pas d'informations sur le montant à partir duquel ces suppléments d'honoraires sont calculés et, par conséquent, sur le montant « attendu » des suppléments d'honoraires.

Variabilité du montant des suppléments d'honoraires entre hôpitaux et au sein des hôpitaux

Le montant des suppléments d'honoraires dépend du pourcentage de suppléments d'honoraires effectivement facturé, mais aussi du montant des honoraires AMI attestés pour le séjour et liés à la pathologie/l'intervention.

On constate néanmoins des **différences considérables dans le montant des suppléments d'honoraires entre les séjours dans un même hôpital** pour une même intervention. Les exemples des séjours pour accouchement par voie basse (Figure 8) et pour arthroplastie du genou (Figure 9) illustrent ces différences.

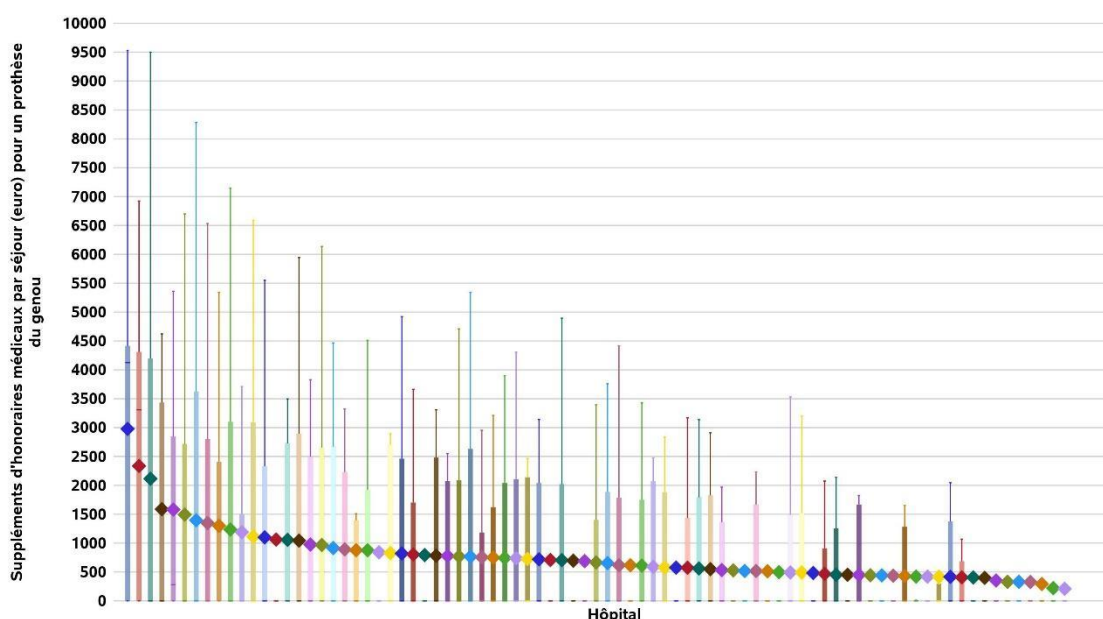
Figure 8. Variation des suppléments d'honoraires entre les hôpitaux et entre les séjours au sein d'un même hôpital, pour la même intervention : accouchement par voie basse²⁰



Le supplément d'honoraires moyen par hôpital varie entre 219 et 2 199 euros pour un accouchement par voie basse, mais peut parfois dépasser 7 000 euros (les outliers ne sont pas représentés dans cette figure).

²⁰ Pour plus d'explications sur les graphiques box plot, voir Annexe 5.

Figure 9. Variation des suppléments d'honoraires entre les hôpitaux et entre les séjours au sein d'un même hôpital, pour la même intervention : prothèse du genou



Cette grande variabilité du montant des suppléments d'honoraires entre les hôpitaux, mais aussi entre les séjours individuels, est également perceptible pour les prothèses de genou. Le montant moyen des suppléments d'honoraires par hôpital varie entre 209 et 2 978 euros, mais peut aussi être beaucoup plus élevé (les outliers ne sont pas représentés dans cette figure).

Le montant moyen des suppléments d'honoraires pour une opération dans un hôpital est indicatif. Cependant, cette moyenne cache une grande dispersion. De plus, le risque d'être confronté à des suppléments d'honoraires très élevés est réel.

3.3.4. Analyse par type de prestataire de soins de santé²¹

Pratique selon la spécialité du prestataire en 2021

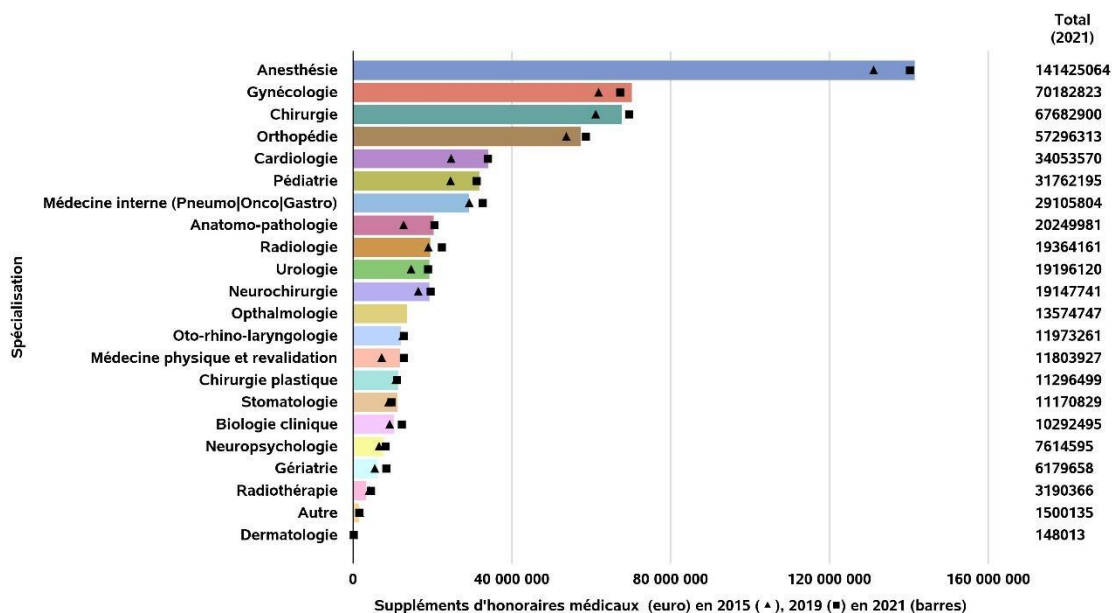
La majeure partie des 598 millions d'euros de suppléments d'honoraires est attribuée à quelques groupes de spécialistes²²: les anesthésistes, les gynécologues, les

²¹ Tous séjours confondus (classique + hospitalisation de jour).

²² La spécialisation du prestataire repose sur un regroupement de la qualification en 3 chiffres (cf. Annexe 4).

chirurgiens orthopédiques et les chirurgiens concentrent plus de la moitié des suppléments d'honoraires pour séjours hospitaliers (Figure 10).

Figure 10. Répartition du montant total des suppléments d'honoraires entre les groupes de spécialisation lors de l'hospitalisation (et évolution 2015 - 2019 - 2021)

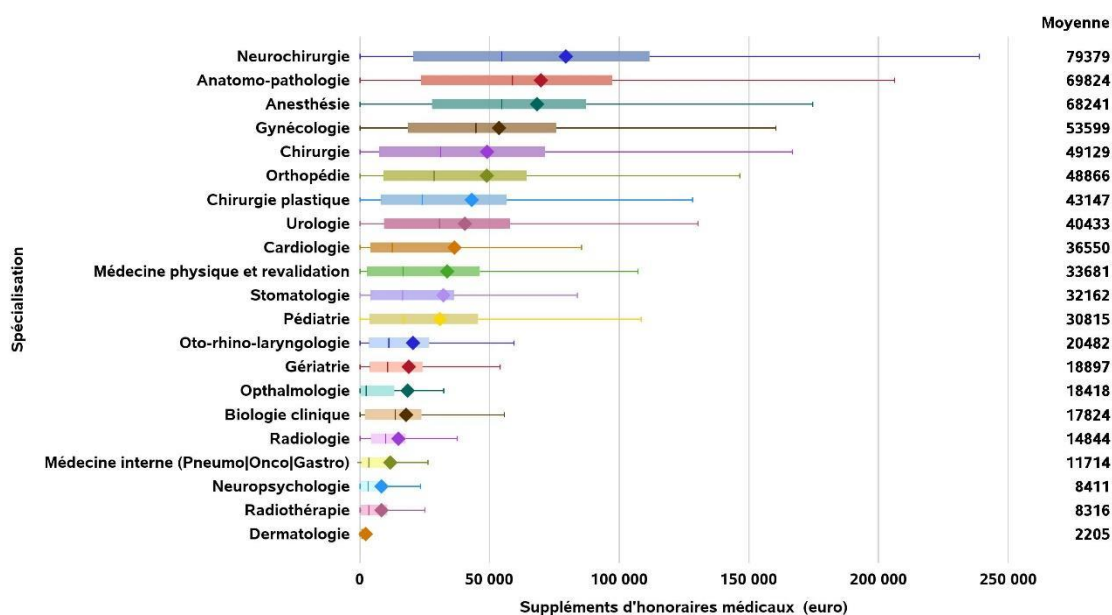


Le volume des suppléments d'honoraires pour séjours hospitaliers montre une augmentation dans certaines disciplines (gynécologie, anesthésie) par rapport à 2019.

La comparaison entre les médecins-spécialistes²³ du montant des suppléments d'honoraires attestés lors des séjours hospitaliers montre de grandes différences entre les spécialités, mais aussi entre les prestataires au sein d'une même spécialité (Figure 11).

²³ Afin d'éviter un biais lié à une très faible activité lors des admissions à l'hôpital, seuls les prestataires présentant une activité hospitalière substantielle lors des admissions à l'hôpital (les « actifs ») sont pris en compte dans cette analyse. Les prestataires individuels dont l'activité hospitalière est inférieure à 100 prestations et qui attestent moins de 5 000 euros par an ne sont pas pris en compte.

Figure 11. Répartition du montant des suppléments d'honoraires facturés lors des admissions à l'hôpital par prestataire individuel, selon la spécialité du médecin



La neurochirurgie est la spécialité où les prestataires atteignent les montants les plus élevés de suppléments d'honoraires, avec une moyenne de plus de 79 379 € sur une base annuelle. Un prestataire sur deux dépasse 54 713 € de suppléments d'honoraires sur l'année, 1 prestataire sur 10 dépasse 167 394 €.

Dans les disciplines suivantes, plus d'un prestataire sur quatre atteste plus de 50 000 euros de suppléments :

- Neurochirurgie (T3 : 111 676 €)
- Anatomopathologie (T3 : 97 371 €)
- Anesthésie (T3 : 87 319 €)
- Gynécologie (T3 : 75 702 €)
- Chirurgie (T3 : 71 454 €)
- Orthopédie (T3 : 64 250 €)
- Urologie (T3 : 57 952 €)
- Chirurgie plastique (T3 : 56 641 €)

Ces différences sont dues à des différences de pratiques individuelles, mais aussi au volume d'honoraires par hôpital.

Suppléments d'honoraires en fonction du conventionnement du prestataire

Une grande majorité (70 %) des médecins actifs²⁴ dans les hôpitaux sont totalement conventionnés. Plus de la moitié (57 %) des suppléments d'honoraires facturés lors des admissions à l'hôpital sont attestés par des médecins totalement conventionnés (Figure 12).

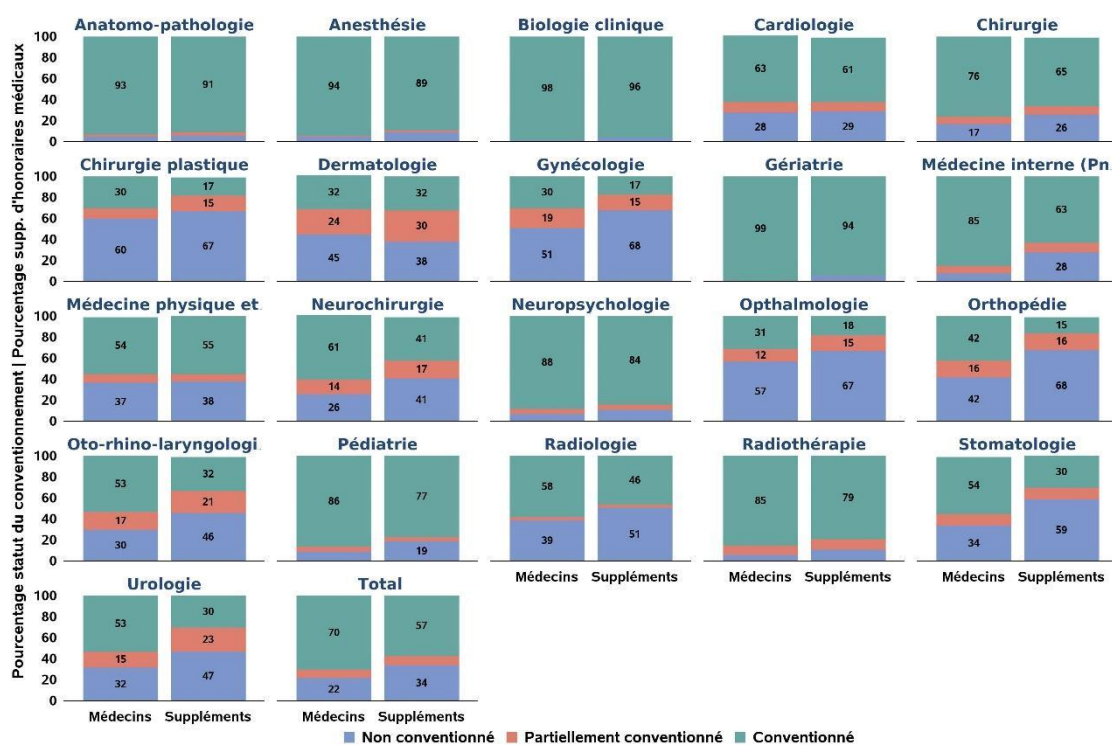
Ce ratio varie en fonction de la spécialité des prestataires.

En gériatrie, biologie clinique, anesthésie et anatomopathologie, plus de 9 médecins sur 10 actifs dans les hôpitaux²⁵ sont entièrement conventionnés. Ces médecins conventionnés concentrent plus de 90 % du volume de suppléments d'honoraires dans leur spécialité (89 % en anesthésie). En revanche, une minorité de médecins actifs sont entièrement conventionnés en gynécologie, chirurgie plastique, ophtalmologie, dermatologie et orthopédie. Dans ces disciplines, la majorité des suppléments d'honoraires sont perçus par des médecins non conventionnés.

²⁴ Médecin actif à l'hôpital : médecins ayant attesté plus de 5 000 € d'honoraires AMI en 2021 lors de séjours à l'hôpital.

²⁵ Médecin actif à l'hôpital : médecins ayant attesté plus de 5 000 € d'honoraires AMI en 2021 lors de séjours à l'hôpital.

Figure 12. Répartition du nombre de prestataires et du montant de suppléments d'honoraires selon le conventionnement, par spécialité



Globalement, 1 prestataire sur 14 (7,4 %), soit 1 265 prestataires sur 17 508, n'atteste jamais de suppléments d'honoraires lors de séjours hospitaliers (Tableau 6). Au total, 10 % des prestataires atteignent un montant d'au moins 90 537 € de suppléments d'honoraires. Ces 10 % de prestataires concentrent près de la moitié (44,7 %, 266,1 millions d'euros) du volume total des suppléments d'honoraires.

Tableau 6. Répartition des médecins²⁶ selon le statut du conventionnement et le montant des suppléments d'honoraires facturés pour les séjours hospitaliers en 2021

Statut de conventionnement	Nombre de médecins	Nombre de médecins avec supplément d'honoraires	Nombre de médecins sans suppléments		Montant supplément d'honoraires / médecin		Montant statut social 2021 ²⁷
			Nombre	%	Médiane*	P90**	
Totalement conventionné	12.196	11.059	1.115	9.3%	9.585 €	76.293 €	5.088,58 €
Partiellement conventionné	1.388	1.351	37	2.7%	22.246 €	93.453 €	2.400,40 €
Non conventionné	3.925	3.812	113	2.9%	32.856 €	123.021 €	-
Total	17.509	16.222	1.265	7.4%	14.077 €	90.537 €	

* Médiane = montant minimum des suppléments d'honoraires attesté par 50 % des prestataires

** P90 = montant minimum des suppléments d'honoraires attestés par 10 % des prestataires

Notes :

- Les tarifs AMI et les suppléments d'honoraires de chaque prestataire ne reflètent qu'une partie de leurs honoraires (ceux attestés lors des séjours hospitaliers). Ils ne tiennent pas compte des honoraires attestés en ambulatoire.
- Ces montants bruts ne tiennent pas compte des rétrocessions, qui diffèrent selon la spécialité, l'hôpital et même le prestataire individuel. L'absence d'information à ce sujet ne permet pas de les prendre en compte.

²⁶ Ce tableau ne tient pas compte des prestataires qui facturent moins de 5 000 euros par an pour les séjours hospitaliers.

²⁷ Le montant du statut social est un montant net.



4. Conclusion

Ce chapitre présente les principaux résultats de l'étude.

L'analyse des montants facturés en 2021 aux patients en cas d'admission classique ou d'hospitalisation de jour, permet de tirer les conclusions suivantes.

Le montant facturé au patient peut atteindre des montants très élevés. En moyenne, les montants facturés au patient subissent une pression en constante augmentation, pour tous les types de séjours (à l'exception de l'hôpital de jour oncologique) et tous les types de chambres. De plus, ces montants présentent une **grande hétérogénéité** entre les hôpitaux et entre les séjours au sein du même hôpital, même pour des actes de routine dans un même type de chambre.

Les soins hospitaliers (et plus largement les soins de santé) devraient être financièrement accessibles à tous, y compris à ceux qui n'ont pas d'assurance complémentaire - pour laquelle les primes peuvent d'ailleurs s'avérer élevées.

4.1. Principaux résultats

Montant total élevé facturé au patient

- **Les patients hospitalisés ont payé un total de 1,32 milliard d'euros** (hors frais ambulatoires avant ou après l'hospitalisation et hors frais non inclus dans la facture de l'hôpital, par exemple le transport interhospitalier). La part de ce montant qui est **exclue de tous les mécanismes de protections financières, à savoir les suppléments et les montants non remboursables** (69,0 %), continue d'augmenter par rapport à 2018 (67,5 %). Sur ces 911 millions d'euros de suppléments et de montants non remboursables, **704 millions d'euros** sont des **suppléments qui découlent du choix d'une chambre particulière** (suppléments d'honoraires et suppléments de chambre). Les tickets modérateurs, qui sont pris en compte dans les différents mécanismes de protection financière, s'élèvent à 410 millions d'euros.

Risque pour le patient d'être confronté à une facture très élevée

Le montant facturé aux patients a dépassé 3 000 euros pour environ 70 000 séjours classiques et 2 900 hospitalisations de jour en 2021.

- **Pour 18 % des hospitalisations classiques, cette facture s'élève à au moins 1 000 euros.**
- Pour les séjours hospitaliers inclus dans le système de soins à faible variabilité, il subsiste une grande variation dans les montants facturés aux patients²⁸ qui peuvent être très élevés - nonobstant l'honoraire forfaitaire remboursé par l'INAMI. Les patients peuvent encore être confrontés à des milliers d'euros de suppléments (d'honoraires), même pour un séjour à basse variabilité.
- Dans les chambres communes, le montant facturé au patient peut également être élevé, par exemple en raison du coût des implants²⁹.
- **Le nombre d'hospitalisations de jour dont le coût à charge patient s'élève à au moins 1 000 € a augmenté de 19,2 % en 2021 par rapport à celui de 2019** (55 247 en 2021 contre 46 343 en 2019).

²⁸ Cf. https://ima-aim.be/IMG/pdf/barometre_hospitalier_aim_2020_fr.pdf, p.32

²⁹ Plus d'explications https://ima-aim.be/IMG/pdf/barometre_hospitalier_aim_2020_fr.pdf, p.33

L'accessibilité financière des soins hospitaliers sous pression

- Les **suppléments et montants non remboursables moyens par admission facturés aux patients ont augmenté.**
- Parmi **les admissions classiques de bénéficiaires de l'intervention majorée, 6,6 %** concernent un séjour en **chambre individuelle**, contre 21,9 % chez les **assurés ordinaires.**

Suppléments d'honoraires élevés et montants non remboursables

- Les **suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables (598 millions d'euros) représentent 65,6 %** du total de 911 millions d'euros de suppléments et de montants non remboursables.
- Le montant de ces suppléments d'honoraires augmente plus rapidement que la croissance du montant des honoraires officiels, tant pour les séjours classiques qu'en hospitalisation de jour. En 2021, la masse des suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables est de **18,6 % par rapport à la masse totale des honoraires AMI.**
- Les variations de pratiques sont identifiées à tous les niveaux :
 - Très **grande variation entre les hôpitaux en termes** de
 - pourcentage de suppléments d'honoraires attestés par rapport aux honoraires officiels de l'AMI,
 - la proportion de séjours avec attestation de suppléments d'honoraires, y compris en hospitalisation de jour
 - Très grande disparité **entre les spécialités** au sein d'un même hôpital
 - Et même entre prestataires individuels au sein d'une même spécialité
- Très grande variation des suppléments d'honoraires attestés par séjour, à la fois en fonction du type d'intervention et en fonction de l'hôpital dans lequel l'intervention est pratiquée, et même au sein du même hôpital pour la même intervention.

La grande majorité des médecins actifs dans les hôpitaux sont conventionnés. Ils attestent 57 % de la masse des suppléments d'honoraires pour les séjours hospitaliers.

Nécessité d'une transparence adaptée au patient

- Avant son admission, le patient a peu d'informations sur le coût de son séjour hospitalier. De plus, le montant de sa facture peut fortement varier pour des motifs indépendants de sa volonté. **Ainsi, le patient n'a donc aucune sécurité tarifaire, et signe donc un chèque en blanc lors de son admission à l'hôpital.** Il est nécessaire d'avoir plus de transparence dans les montants

absolus mais aussi un renforcement de la protection contre les factures très élevées.

- **Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables ne renseigne pas suffisamment sur les suppléments d'honoraires facturés au patient.** Tout d'abord, il existe un lien entre le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables et la masse de suppléments d'honoraires effectivement facturés par rapport à la masse des honoraires AMI associée (dans les chambres individuelles). Deuxièmement, les patients ne connaissent pas à l'avance le montant sur base duquel ces suppléments d'honoraires seront calculés. Enfin, il n'existe actuellement pas de plafond pour les suppléments (d'honoraires), par exemple par admission.
- **Le taux maximum du supplément d'honoraires facturable a augmenté dans plusieurs hôpitaux au cours des** dernières années. Par ailleurs, à la lecture des dernières déclarations d'admission, nous constatons ce qui suit :
 - Certains hôpitaux introduisent des exceptions diverses concernant l'application du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturable (pour certaines disciplines, certaines prestations, exception avec consentement...)
 - Les informations communiquées aux organismes assureurs concernant le taux maximum du supplément d'honoraires facturable ne sont pas toujours identiques aux informations figurant sur les sites web des hôpitaux/les déclarations d'admission, et sont susceptibles d'être modifiées à n'importe quel moment.

4.2. Commentaires et recommandations

Le manque de transparence (sur les rétrocessions et leur affectation, sur les pratiques ambulatoires et en-dehors de l'hôpital) empêche un suivi efficace du système et de l'impact des mesures.

En l'absence d'informations sur la pathologie médicale/le diagnostic, il n'est pas possible d'affiner l'analyse.

Les patients devraient être légalement informés à l'avance par les prestataires de soins de santé des implications financières de leur séjour à l'hôpital. Même si certains hôpitaux fournissent un montant indicatif pour certaines interventions sur leur site web, les informations sont parfois insuffisantes, non actualisées, voire inexistantes. **Fournir une estimation du coût des interventions de routine par l'hôpital avant l'admission permettrait aux patients d'être mieux informés des coûts à prévoir. La différenciation par type de chambre et par statut social est essentielle.**

Les sites internet de certaines mutuelles fournissent des informations sur les coûts des patients par hôpital, pour certaines interventions fréquentes, en fonction du type de chambre et du statut social du patient.

Références

- [1] OCDE. OECD Health Statistics 2021 2021. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.
- [2] Service public fédéral Sécurité sociale. Comptes de la santé 2021 (*System of Health Accounts*) 2021. <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/statistiques-de-la-protection-sociale/comptes-de-la-sante>.
- [3] OECD. Health at a Glance 2021. OECD; 2021. <https://doi.org/10.1787/19991312>.
- [4] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux 2021. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>.
- [5] Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. 2020.
- [6] Buffalo V, Nicaise I. Report on Inequalities in access to healthcare. Brussels: 2018.
- [7] De Wolf F, Di Zinno T, Dolphens M, Landtmeters B, Lona M. Coûts hospitaliers à charge patient. 2021.
- [8] Moniteur belge. Arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité 2018.
- [9] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Suivi de COVID-19 : Impact de COVID-19 sur le budget de l'Assurance soins de santé. 2021.
- [10] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Rapport standardisé - Secteur 12 : prix de la journée d'entretien. 2021.
- [11] Loi du 26 juin 2020 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en vue de protéger les victimes de la pandémie provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2 contre la facturation de suppléments d'honoraires. 2020.
- [12] Moniteur belge. Arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi de la compensation financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 2020.

- [13] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Nomensoft : Nomenclature et pseudonomenclature des prestations médicales 2021.
<https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/search>.

Annexes

Annexe 1. Canaux de financement des soins de santé en Belgique

Les dépenses de santé en 2020 (derniers chiffres disponibles) s'élevaient à 11,06 % du montant total de l'ensemble des biens et services produits en Belgique (c.-à-d. le produit intérieur brut). Nous décrivons brièvement les canaux de financement ci-dessous³⁰.

Les quatre cinquièmes (79,2 %) des dépenses de soins de santé en 2019 dépendent d'un financement public. La majeure partie de ce financement provient de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (AMI), l'une des sept branches de notre système de sécurité sociale, laquelle est financée par le gouvernement, les employeurs et les travailleurs.

Elle permet à la quasi-totalité des Belges de bénéficier du remboursement des frais de soins médicaux ou d'une indemnité en cas de maladie, d'incapacité de travail ou de grossesse. L'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités est gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Les mutualités prennent en charge une partie de l'administration et des remboursements. L'affiliation à une mutualité est obligatoire.

Les paiements directs comprennent le ticket modérateur ainsi que les éventuels suppléments (suppléments d'honoraires et suppléments de chambre), y compris les montants non remboursables (par exemple, certains médicaments, implants, dispositifs médicaux ou honoraires pour lesquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance maladie obligatoire).

³⁰ Ces chiffres présentés sont basés sur le '*System of Health Accounts*' (Le système des comptes de la santé), un cadre méthodologique permettant aux pays de réaliser des estimations comparables à l'échelle internationale portant sur la consommation de biens et services de soins de santé et de longue durée par leur population.

Le ticket modérateur est la quote-part à la charge du patient relative au paiement de soins de santé obtenue après déduction de l'intervention de l'assurance soins de santé³¹. Grâce à une série de mécanismes visant à garantir l'accessibilité financière des soins de santé, l'ampleur de cette part personnelle peut être limitée. Des filets de sécurité sociale existent outre l'assurance maladie universelle, parmi lesquels le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée des frais médicaux. Les patients qui en bénéficient paient moins pour leurs consultations, médicaments, hospitalisations, etc. Les personnes qui bénéficient d'allocations sociales y ont notamment droit de manière automatique [4]. Le maximum à facturer (MAF) est quant à lui un système qui garantit le remboursement des frais médicaux à la charge du patient par la mutualité lorsque le montant maximum est atteint au cours de l'année. En revanche, **dans le cadre du MAF, tous les frais ne sont pas pris en compte dans le numérateur – notamment les suppléments (d'honoraires) –, le coût à la charge du patient pouvant alors atteindre des niveaux élevés. Le report de soins pour raisons financières est un problème observé de plus en plus fréquemment en Belgique et plus particulièrement chez les personnes aux revenus les plus modestes. De même, les dépenses de soins de santé privées peuvent grimper à tel point que les personnes basculent dans la pauvreté lorsqu'elles sont confrontées à de graves problèmes de santé** [5,6]. Et ce, malgré les budgets conséquents alloués aux soins de santé en Belgique et les garde-fous sociaux existants.

Toutes les prestations, le ticket modérateur, l'intervention de l'assurance obligatoire et la quote-part personnelle du patient (le ticket modérateur) sont définis dans la **nomenclature des prestations de santé** et publiés au Moniteur belge.

Les suppléments et les montants non remboursables sont beaucoup moins régulés et sont entièrement à la charge du patient. Ils peuvent être facturés aussi bien pour des séjours à l'hôpital en chambre individuelle que pour des consultations ou des actes médico-techniques dans ou hors les murs de l'hôpital, notamment dans le cabinet privé d'un médecin, dentiste ou kinésithérapeute. Pour un séjour à l'hôpital en chambre individuelle, quel que soit le statut de conventionnement du prestataire de soins, le supplément d'honoraires est généralement exprimé comme le pourcentage maximum des honoraires qu'un médecin peut facturer. Ce pourcentage est fixé individuellement par chaque hôpital

³¹Par exemple, les honoraires liés à la prestation 'Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité' s'élèvent à 27,06 € en 2021. Pour les patients, une intervention minimale de la part de l'assurance obligatoire des soins de santé à hauteur de 21,06 € ainsi qu'une intervention personnelle (ticket modérateur) maximale de 6,00 € sont en vigueur [12].

et figure dans la déclaration d'admission ; il varie de 100 % à 300 %. Un supplément d'honoraires jusqu'à 100 % signifie par exemple que le patient paiera au maximum l'honoraire fixé comme supplément en sus du ticket modérateur sur l'honoraire³².

Nous remarquons non seulement que le pourcentage maximum a augmenté dans de nombreux hôpitaux ces derniers mois et années, mais aussi que certains hôpitaux appliquent des distinctions ou exceptions (p.ex. maximum plus élevé si une convention a été signée entre le médecin et le patient, maximum plus élevé pour des disciplines ou médecins spécifiques, maximum plus élevé en cas de chambre individuelle de luxe...).

Les montants non remboursables sont également entièrement à la charge du patient.

³² Prenons l'exemple de la prestation courante 'Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : les cinq premiers jours, par jour'. En 2020, les honoraires s'élevaient à 12,91 € dont une intervention de 8,40 € et une part personnelle de 4,51 €. En cas de supplément de 100 %, le coût pour le patient augmente de 4,51 € (ticket modérateur) à 17,42 € (4,51 € ticket modérateur + 100 %*12,91 € de supplément).

Annexe 2. Distribution du montant de la facture patient selon le type de séjour, la catégorie de chambre.

(euros)	Moyenne	P10	P25	P50	P75	P90
Hospitalisation classique						
Chambre commune	304,15	47,51	85,38	172,60	342,58	690,87
Chambre individuelle	2347,56	553,97	1 122,70	1 818,72	2 878,06	4 411,68
Hôpital de jour chirurgical						
Chambre commune	114,68	6,54	17,72	47,97	196,10	219,79
Chambre individuelle	957,89	221,23	444,72	814,82	1 270,14	1 797,34
Hôpital de jour non chirurgical						
Chambre commune	45,98	3,55	9,01	21,80	43,53	83,65
Chambre individuelle	742,68	46,45	214,14	618,98	1 082,02	1 557,07
Hôpital de jour oncologique						
Chambre commune	17,35	4,16	6,60	14,73	22,44	32,95
Chambre individuelle	124,43	19,36	80,14	114,23	156,01	213,89

Annexe 3. Pourcentage maximal du supplément d'honoraires facturable par hôpital

Le pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturable pour des séjours hospitaliers indiqué est basé sur les informations communiquées par les gestionnaires d'hôpitaux à l'INAMI³³ et par l'INAMI aux OA.

Le pourcentage maximum facturé dans la dernière colonne du tableau ci-dessous correspond au percentile 95 du pourcentage de suppléments d'honoraires facturé sur les prestations médicales avec suppléments d'honoraires.

Réseau	Région	Hôpital	Déclaration de prise en charge (au 1er janvier)			% max facturé (*)	
			2018	2020	2021		
BRIANT VZW	V	AZ St.-Maarten	[Malines]	135 %	175 %	175 %	170 %
	V	AZ Heilig Hart	[Lyre]	135 %	135 %	135 %	135 %
	V	AZ Jan Portaels	[Vilvoorde]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	Imelda Ziekenhuis	[Bonheiden]	150 %	150 %	150 %	150 %
CUROZ Vzw	B	UZ Brussel	[Brussel]	175 %	175 %	175 %	116 %
	V	AZ Sint-Maria	[Halle]	200 %	200 %	200 %	200 %
	V	Onze Lieve Vrouweziekenhuis	[Aalst, Asse, Ninove]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	[Aalst]	125 %	125 %	125 %	150 % ³⁴
E17 VZW	V	AZ Maria Middelaes	[Gent]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	Clinique St Joseph	[Izegem]	100 %	100 %	100 %	120 % ³⁵
	V	AZ St.-Vincentius	[Deinze]	100 %	150 %	150 %	150 %
	V	AZ St.-Elisabeth	[Zottegem]	100 %	100 %	100 %	150 % ³⁶

³³ L'article 4 de l'arrêté royal du 17 juin 2004 relatif à la déclaration lors de l'admission à l'hôpital stipule que les tarifs applicables doivent être communiqués pour information à la Commission nationale des contrats pour les établissements de soins et les institutions d'assurance chaque fois qu'ils sont adaptés.

³⁴ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 150 %

³⁵ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 120 %

³⁶ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 150 %

	V	AZ Groeninge	[Kortrijk]	120 %	120 %	120 %	120 %
	V	O.L.V. Van Lourdes Ziekenhuis Waregem	[Waregem]	100 %	100 %	120 %	120 %
	V	AZ Glorieux	[Ronse]	100 %	100 %	100 %	150 %
ELIPSE Réseau Hospitalier Universitaire	W	C.H. Reine Astrid	[Malmedy]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHR Verviers Est Belgique	[Verviers]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	Clinique Andre Renard	[Herstal]	150 %	150 %	150 %	150 %
	W	C.H. Bois De L'Abbaye et de Hesbaye	[Seraing, Waremme]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHR de Huy	[Huy]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHR Citadelle	[Herstal, Liège]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHU De Liège	[Liège]	200 %	200 %	200 %	200 %
GENT VZW	V	AZ Oudenaarde	[Oudenaarde]	100 %	100 %	100 %	135 % ³⁷
	V	AZ St.-Lucas	[Gent]	100 %	125 %	125 %	125 %
	V	U.Z. Gent	[Gent]	300 %	300 %	300 %	125 %
	V	AZ Jan Palfijn	[Gent]	100 %	100 %	100 % ₃₈	135 %
HELIX VZW	V	AZ Rivierenland	[Bornem, Willebroek, Rumst]	120 %	200 %	200 %	200 %
	V	UZ Antwerpen	[Edegem]	200 %	200 %	200 %	200 %
	V	AZ Sint Jozef	[Malle]	100 %	200 %	200 %	200 %
	V	AZ Monica	[Deurne]	200 %	200 %	200 %	200 %
	V	AZ Klina	[Brasschaat]	200 %	200 %	200 %	200 %
HELORA Réseau Hospitalier	W	CHU Tivoli	[La Louvière]	300 %	300 %	300 %	300 %
	W	Groupe Jolimont	[Haine-Saint- Paul]	100 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHU Ambroise Pare	[Mons]	250 %	250 %	250 %	250 %
	W	Groupe Jolimont	[Boussu, Mons]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	Groupe Jolimont	[Nivelles]	200 %	200 %	200 %	200 %

³⁷ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 135 %.

³⁸ AZ Jan Palfijn : modification de la déclaration d'admission au cours de l'année 2021 (janvier) (de max 100 % à max 135 % en mars 2021), communiqué par l'INAMI aux OA.

KEMPEN Vzw	V	AZ Turnhout	[Turnhout]	100 %	100 %	100 % ³⁹	135 %
	V	Heilig Hart Ziekenhuis	[Mol]	100 %	100 %	100 %	135 % ⁴⁰
	V	AZ Herentals	[Herentals]	100 %	100 %	100 %	135 % ⁴¹
	V	Ziekenhuis Geel	[Geel]	105 %	105 %	105 %	135 % ⁴²
KOM Network Vzw	V	AZ Alma	[Eeklo]	125 %	125 %	125 %	150 % ⁴³
	V	AZ St.-Jan Brugge-Oostende	[Brugge, Oostende]	100 %	100 %	100 %	100 %
	V	AZ St.-Lucas	[Brugge]	200 %	200 %	200 %	100 %
	V	AZ West	[Veurne]	115 %	125 %	125 %	125 %
	V	AZ Zeno	[Knokke-Heist]	120 %	120 %	120 %	120 %
	V	AZ Damien	[Oostende]	100 %	110 %	110 %	110 %
MIRA VZW	V	AZ St.-Blasius	[Termonde]	100 %	100 %	100 %	150 % ⁴⁴
	V	AZ Nicholas	[Beveren, Temse, Sint-Niklaas]	110 %	150 %	150 %	150 %
	V	AZ Lokeren	[Lokeren]	110 %	150 %	150 %	150 %
Réseau GZA - ZNA Vzw	V	Ziekenhuisnetwerk Antwerpen	[Antwerpen]	200 %	200 %	200 %	200 %
	V	GZA- Ziekenhuizen	[Antwerpen, Mortsel, Wilrijk]	200 %	200 %	200 % ⁴⁵	150 %
Noord-Oost Limburg Vzw	V	Ziekenhuis Oost-Limburg	[Genk]	100 %	150 %	150 %	150 %
	V	Ziekenhuis Maas En Kempen	[Maaseik]	150 %	125 %	150 %	150 %
	V	Mariaziekenhuis Noord-Limburg	[Overpelt]	100 %	150 %	150 %	150 %

³⁹ AZ Turnhout : modification de la déclaration d'admission au cours de l'année 2021 (de max 100 % à max 135 % en mars 2021), communiqué par l'INAMI aux OA.

⁴⁰ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 135 %.

⁴¹ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 135 %.

⁴² Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 135 %.

⁴³ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 150 %.

⁴⁴ Information sur le site web de l'hôpital (déclaration d'admission consulté en février 2023) : max 150 %.

⁴⁵ GZA Hospitals (Antwerpen) : modification de la déclaration d'admission au cours de l'année 2021 avec hausse du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires à 150 %.

PLEXUS VZW	V	Reg. Ziekenhuis Heilig Hart	[Leuven]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	Reg. Ziekenhuis Heilig Hart	[Tienen]	100 %	150 %	150 %	150 %
	V	UZ Leuven	[Leuven]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	AZ Diest	[Diest]	150 %	150 %	150 %	150 %
Réseau CHORUS	B	CHU Saint-Pierre / UMC Saint-Pierre	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	200 %
	B	CHU Brugmann	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	200 %
	B	Institut Jules Bordet	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	200 %
	B	Hôp Iris Sud - Hôpitaux Iris Sud	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	300 %
	B	Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	200 %
	B	CHIREC - Hôpital Delta	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	300 %
	B	Clinique Universitaire de Bruxelles - Hôpital Erasme	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	300 %
Réseau Hospitalier clinique locorégional H.Uni	B	CHIREC - Hôpital Sare	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	300 %
	B	Clinique St.-Jean - Clinique St.-Jean	[Bruxelles]	200 %	200 %	200 %	200 %
	B	Hôpitaux d'Europe - Cliniques De L'Europe	[Bruxelles]	300 %	200 %	200 %	200 %
	B	Cliniques Universitaires St-Luc	[Bruxelles]	300 %	300 %	300 %	200 %
Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole (RHCM)	W	Clinique Saint Pierre	[Ottignies]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	Grand Hôpital De Charleroi	[Charleroi, Gilly, Lovernal, Montignies-s/Sambre].	200 %	200 %	200 %	200 %
Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.)	W	Clinique Notre-Dame De Grace	[Gosselies]	300 %	300 %	300 %	251 %
	W	CHR De Namur	[Namur]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHU UCL Namur	[Mont-Godinne]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHR Sambre Et Meuse	[Auvelais, Fosses-La-Ville]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHU UCL Namur	[Namur]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHU UCL Namur	[Dinant]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	Clinique St.-Luc	[Bouge]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	Centre De Sante Des Fagnes	[Chimay]	230 %	230 %	230 %	229 %

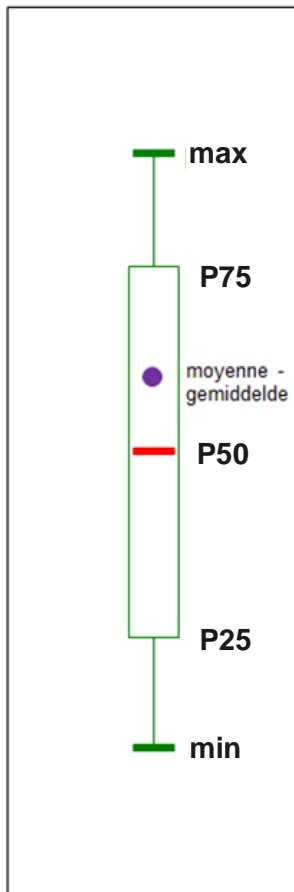
Réseau HUmani Santé	W	CHU De Charleroi - Hôpital André Vésale	[Montigny-Le-Tilleul]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	CHU De Charleroi	[Lodelinsart]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	St.-Nikolaus Hospital	[Eupen]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	Clinique CHC	[Liège, Waremme]	275 %	275 %	250 %	250 %
Réseau MOVE	W	Clinique CHC	[Hermalle-Sous-Argenteau, Heusy]	275 %	275 %	250 %	250 %
	W	Klinik St.-Josef	[St-Vith]	200 %	200 %	200 %	200 %
Réseau PHARE	W	CHR de la Haute Senne	[Soignies, Neufvilles]	300 %	300 %	300 %	300 %
	W	C.H. De Mouscron	[Mouscron]	100 %	100 %	100 %	100 %
	W	C.H. Epicura	[Frameries, Hornu, Baudour]	250 %	250 %	250 %	250 %
	W	C.H. Wallonie Picarde - CHwapi	[Tournai]	200 %	200 %	200 %	200 %
	W	C.H. Epicura	[Ath]	250 %	250 %	250 %	250 %
réseau Vivalia	W	Vivalia	[Bastogne, Marche-En-Famenne]	160 %	200 %	200 %	200 %
	W	Vivalia	[Libramont]	160 %	160 %	200 %	200 %
	W	Vivalia	[Arlon, Saint-Mard]	200 %	200 %	200 %	200 %
TRIAZ VZW	V	Jan Yperman Ziekenhuis	[Ieper]	100 %	100 %	100 %	120 % ⁴⁶
	V	AZ Delta	[Menen, Torhout, Roeselare]	100 %	100 %	100 %	100 %
	V	St.-Andries Ziekenhuis	[Tielt]	100 %	100 %	100 %	100 %
Ziekenhuisne twerk ZuidWest-Limburg Vzw	V	Jessaziekenhuis	[Hasselt]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	St.-Franciskus Ziekenhuis	[Heusden]	150 %	150 %	150 %	150 %
	V	St.-Trudo Ziekenhuis	[Sint-Truiden]	100 %	150 %	150 %	150 %
	V	AZ Vesalius	[Tongeren]	100 %	150 %	150 %	150 %

⁴⁶ Information sur le site web de l'hôpital, consulté en février 2023 : max 150 %.

Annexe 4. Regroupement des spécialités

Annexe 2 - Qualifications des spécialités utilisées dans l'étude, basées sur un regroupement de codes compétence			
	Regroupement de spécialités	Codes compétence sélectionnés	Spécialités de base
1	Anapath	087, 870	Spécialistes en anatomie pathologique
2	Anesth	010, 100-139	Spécialistes en anesthésie-réanimation
3	Cardio	073, 730-739	Spécialiste en cardiologie
4	Chir	014, 140-169	Spécialiste en chirurgie y compris double reconnaissance
5	Chir plastique	021, 210, 219, 222	Spécialiste en chirurgie plastique
6	Dermato	055, 550 à 569	Spécialiste en dermato-vénérologie
7	Gériatre	018, 180-184	Spécialiste en gériatrie à l'exception de la double reconnaissance gériatrie et médecine nucléaire
8	Gynéco	034, 340-369	Spécialiste en gynécologie-obstétrique
9	Labo	086, 860-867	Spécialiste en biologie clinique et pharmaciens biologistes
10	Méd interne/pneumo/onco	058, 062, 065, 066, 079, 573-660, 790-799	Spécialiste en médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie médicale, rhumatologie
11	Neurochir	017, 170, 199	Spécialiste en neurochirurgie
12	(Neuro)(psy)	076, 077, 078, 760-784	Spécialiste en neuropsychiatrie, neurologie, psychiatrie
13	Ophtalmo	037, 370-399	Spécialiste en ophtalmologie
14	ORL	041, 410-422	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie
15	Orthopédiste	048, 480-499	Spécialiste en chirurgie orthopédique
16	Pédiatre	069, 689-699	Spécialiste en pédiatrie
17	Radiologue	093, 930-939	Spécialiste en radiodiagnostic
18	Radiothérapie/Méd nucl	096, 097, 960-997	Spécialistes en radiothérapie et spécialistes en médecine nucléaire
19	Réva	083, 830-839	Spécialiste en médecine physique et révalidation
20	Stomato	052, 520, 521	Spécialiste en stomatologie
21	Urologue	045, 450-459	Spécialiste en urologie

Annexe 5. Qu'est-ce qu'un 'boxplot' ?



Un 'boxplot' (ou diagramme en boîte) est une représentation graphique des principaux paramètres de distribution d'une série de données.

La boîte est délimitée par le premier (P25) et le dernier (P75) quartile. Elle contient donc 50 % des observations.

La médiane (P50) est dénotée par une barre horizontale rouge. La moyenne est symbolisée par un rond plein.

Le premier (P10) et dernier (P90) décile sont dénotés par les barres horizontales reliées à la boîte.

Les valeurs aberrantes sont exclues.